第２号様式（第５条第１項）

（表）

不妊治療費保険診療助成金支給申請書兼請求書

年　　月　　日

大網白里市長　金坂　昌典　様

大網白里市不妊治療費保険診療の助成に関する要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請・請求します。

申請者	フリガナ 氏　名	生年月日	年　月　日（　歳）
	住　所　〒	電話	
	フリガナ 氏　名	生年月日	年　月　日（　歳）
	住　所　〒	電話	
対象となる年月		年　月　日～　年　月　日	
対象月分の不妊治療等に係る一部負担金の合計		(A) 円	
高額療養費の給付がある場合は、その金額		(B) 円	
附加給付、助成金等、その他給付金がある場合は、その金額		(C) 円	
助成金額 ※１年度内１０万円を限度 （千円未満切り捨て）		【(A－B－C) ×１／２】 (D) 円	
証明書文書料 ※１年度内１万円を限度		(E) 円	
交付申請・請求額		【D＋E】 円	
振込先	金融機関名 銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 出張所	
	口座種別　普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

※裏面の記入もお願いします

職員記入欄	領収書枚数　　日分　　枚	限度額区分	

（裏）

【添付書類】

1　夫婦双方の住民票の写し（公簿等により確認可能の場合は省略可）
2　夫婦の双方に市税の滞納がないことを証する書類（公簿等により確認可能の場合は省略可）
3　不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書（別記第１号様式）
4　夫婦双方の健康保険の加入状況がわかる書類の写し
　※　マイナポータルの画面を印刷したもの又は資格確認書の写し等
5　夫婦双方の高額療養費の受給状況がわかる書類の写し
　※　マイナポータルの画面を印刷したもの又は限度額適用認定証の写し等
6　保険医療機関等が発行する不妊治療費等に係る費用の領収書及び明細書
7　事実婚関係にあっては、事実婚関係に関する申立書（別記第３号様式）
8　その他
（　　）

【同意事項】

1　助成金の交付要件を確認するため、市が申請者の個人情報を公簿等により確認すること。
2　市が申請者の個人情報を公簿等により確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を提出すること。
3　市が不妊治療等の実施に関して診療報酬明細情報等を保険者に照会すること。
4　市が不妊治療等の実施に関して治療を行った保険医療機関等に照会すること。
5　偽りその他不正の行為により助成を受け、又は受けようとした場合は、助成金の交付決定を取り消し、既に申請者に対して交付した助成金の全部又は一部を返還すること。

上記同意事項１～５について同意のうえ、不妊治療等に係る費用の助成を受けたいので関係書類を添えて申請及び請求をします。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿