

砂川市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

申請者 住所

氏名

砂川市特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
妻	(ふりがな) 氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ 電話 _____			
住所 ※1 (夫・妻)	〒 _____ 電話 _____ ※1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。			
申 請 額	a 特定不妊治療費用 (男性不妊治療分を除く。)	b 保険適用後の自己負担額合計 (高額療養費制度適用後金額)	c 保険適用外負担費用	
	円	円	円	
	d 男性不妊治療分	e 保険適用後の自己負担額合計 (高額療養費制度適用後金額)	f 保険適用外負担費用	
	円	円	円	
申請金額 b (男性不妊治療分を除く。) 金 _____ 円 申請金額 e (男性不妊治療分) 金 _____ 円 申請金額 合 計 金 _____ 円				
特定不妊治療費助成金の交付を申請するに当たり、市が助成の適否を決定するために、住民基本台帳情報、市税の納付状況等の個人情報を閲覧し確認すること、指定医療機関及び調剤薬局等へ照会すること、高額療養費制度等の利用状況について医療保険者へ照会することを承諾します。また、必要に応じて、他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。 <div style="text-align: center;"> 氏名 (夫) _____ 氏名 (妻) _____ </div>				

※ 以下は記入しないでください。

市 記 入 欄	收受印	申請者の状況等の確認 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目・初回申請： _____ 年 月) <input type="checkbox"/> 住民登録 (夫： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、妻： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証及び支給決定通知書 (有・無) <input type="checkbox"/> 助成決定 <input type="checkbox"/> 他市町村での助成 (有・無) <input type="checkbox"/> 助成不可 <input type="checkbox"/> 市税滞納 (有・無) 確認印
------------------	-----	--