

年 月 日

井原市長 様

申請者 住所 井原市

氏名

電話番号

井原市不妊治療費助成事業交付申請書

不妊治療費の助成を受けたいので、井原市不妊治療費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、審査に当たり、住民基本台帳及び市民税課税台帳等により確認されること、必要な場合は、他の地方公共団体及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。

対象者	氏 名		住 所		生年月日	
	夫				年 月 日	
	妻				年 月 日	
申請額	円 （助成対象経費の 2 分の 1 の額。 ただし、100,000 円を限度とする。）					
振込先	金融機関名		銀行 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所	
	預金種別		普通 ・ 当座			
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義人					

高額療養費 の受給	<input type="checkbox"/> 無	→「有」の場合の 受給額 _____ 円	<ul style="list-style-type: none"> ・ マイナ保険証又は限度額適用認定証の利用により、医療機関窓口で支払った医療費（自己負担額）が自己負担限度額までとなった場合は、「無」にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ・ 申請者又は配偶者が、加入している医療保険から当該治療に係る医療費等の高額療養費又は付加給付金の給付を受ける場合（予定を含む。）は、「有」にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ・ 受給の要件や受給有無、受給額等が不明な場合は、加入している医療保険者にお問い合わせください。
	<input type="checkbox"/> 有		
付加給付金 の受給	<input type="checkbox"/> 無	→「有」の場合の 受給額 _____ 円	
	<input type="checkbox"/> 有		

《添付書類》

☐ 井原市不妊治療費助成事業受診証明書（様式第 3 号）

☐ 井原市不妊治療費助成事業調剤証明書（様式第 4 号） ※当該治療に係る院外処方がある場合

☐ 医療機関が発行する医療費の領収書（原本）

☐ 保険薬局が発行する薬剤費の領収書（原本） ※当該治療に係る院外処方がある場合

☐ 夫婦であることを証明する書類

☐ （井原市以外に住民登録のある場合）住所地のある市町村で発行した滞納がないことを証する書類

☐ 生殖補助医療に係る高額療養費又は付加（附加）給付の支給を受ける場合は、それらの支給額が確認できる書類