様式第１号（第６条関係）

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６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。

また、保険者から高額療養費の還付を受けた場合又は申請額に変更が生じた場合は、申告します。

対象者		氏　名	住　所	生年月日
	夫			年　月　日
	妻			年　月　日
申請額	①生殖補助医療		円	助成対象経費の２分の１の額。 ①100,000 円を限度とする。 ②50,000 円を限度とする。
	②先進医療		円	
振込先	金融機関名		銀行　本　店 信用組合　支　店 農業協同組合　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	□ 無 □ 有	→「有」の場合の受給額 円	・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金額が自己負担限度額までとなった場合は、「無」にチェック☑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（予定を含む。）は、「有」にチェック☑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。
付加給付金の受給	□ 無 □ 有	→「有」の場合の受給額 円	

≪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

□夫婦であることを証明する書類

※法律上の夫婦で同一世帯の場合、夫婦ともに外国籍でどちらかが世帯主の場合は添付不要

□（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