

三原市長 様

年 月 日

申請者氏名

印

(夫又は妻本人が手書きした場合は、押印不要です。)

三原市不妊検査・一般不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

三原市不妊検査・一般不妊治療費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請・報告します。また、審査のために必要な場合は、住民票記載内容、不妊検査・一般不妊治療内容及び高額療養費の内容について調査されることに同意します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	( )	年 月 日 ( 歳)
妻	( )	年 月 日 ( 歳)
住所(※1)	〒 ※日中連絡がとりやすい番号を記載してください。 電話 ( )	
住所(※2)	〒 ※日中連絡がとりやすい番号を記載してください。 電話 ( )	
不妊検査・ 一般不妊 治療期間 (※3)	夫	年 月 日 から 年 月 日まで
	妻	年 月 日 から 年 月 日まで
	治療期間初日の年齢 ( 歳)	
夫婦の治療開始日の差 (4か月未満 ・ 4か月以上) ※4か月を超える場合は、申立書を添付		
申 請 額	(計算式) (A)対象となる治療に係る自己負担額・証明書発行文書料の合計 _____ 円 (B)高額療養費の額 _____ 円 (C)広島県の助成額 _____ 円 申請額(A)-(B)-(C)= _____ 円 ※上限80,000円以内	
同意・誓約事項	<input type="checkbox"/> 夫婦ともに三原市に住所を有し、かつ、居住しています。 <input type="checkbox"/> 今回の申請の対象とする治療費については、他の自治体等に補助金は申請していません。(広島県不妊検査費等助成を除く。) <input type="checkbox"/> 1か月で35,400円を超える保険適用の自己負担額の有無 (有・無) <input type="checkbox"/> 医療保険各法の規定による高額療養費の支給を(受けていません・受けています)。	
過去に自治体から受けた不妊検査・不妊治療の補助(助成)	過去に不妊検査や不妊治療に係る補助(助成)を受けたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 「ある」と答えた方 前回の治療開始日から今回の治療開始日の間に妊娠しましたか <input type="checkbox"/> はい(出産時期(流産・死産を含む。) 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> いいえ	

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合に記入する。住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

※3:不妊検査・一般不妊治療期間は、補助対象となる不妊検査・一般不妊治療を開始した日から終了した日までを記載する。

※添付書類(担当者チェック欄)

<input type="checkbox"/>	三原市不妊検査・一般不妊治療費補助金の交付申請に係る証明書 (夫婦が別の医療機関で検査を受診した場合は、それぞれの医療機関の証明書)
<input type="checkbox"/>	※広島県不妊検査費等助成事業の助成決定を受けた者のみ <input type="checkbox"/> 広島県不妊検査費等助成事業申請に係る証明書の写し <input type="checkbox"/> 広島県交付の広島県不妊検査費等助成事業助成決定通知書の写し
<input type="checkbox"/>	※事実婚の者若しくは単身赴任等のやむを得ない事由がある場合で夫又は妻のいずれか一方が三原市に住所を有していない者 重婚でないことを証明できる書類(戸籍謄本)
<input type="checkbox"/>	住所を確認できる書類(住民票)
<input type="checkbox"/>	※夫婦のいずれか一方が検査・治療を開始した日の翌日から起算して4か月を超える場合 検査・治療開始に係る申立書
<input type="checkbox"/>	市税を滞納していないことを確認できる書類(納税証明書)
<input type="checkbox"/>	医療機関が発行する領収書(写し) (夫婦が別の医療機関で検査を実施した場合は、それぞれの医療機関が発行したもの)
<input type="checkbox"/>	※医療保険各法の規定による高額療養費の支給を受けている場合 高額療養費支給後の自己負担額が分かる書類(決定通知書等)
<input type="checkbox"/>	振込先口座が分かる書類(通帳、キャッシュカードの写しをいう。)