

年 月 日

三原市長 様

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。)

三原市特定不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

三原市特定不妊治療費補助金の交付を受けたいので、三原市特定不妊治療費補助金交付要綱第5条の規定により、次の事項に同意した上、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請に当たり、公簿により申請者及び申請者の夫又は妻の住民基本台帳の記載事項及び市税の納付状況について確認されること並びに交付決定に必要な場合において、他の自治体に対して助成の有無等、医療機関等に対して治療内容及び医療保険者に対して高額療養費の支給等について照会されることに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒	電話番号	
	加入している医療保険(※1)	医療保険者名		
	限度額適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ (いずれかに○)		
申請者の夫又は妻	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所(※2)	〒	電話番号	
	加入している医療保険(※1)	医療保険者名		
	限度額適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ (いずれかに○)		
同意事項等	<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"/> 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)。			
自治体から受けた特定不妊治療費の補助(助成)	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の補助(助成)を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の補助(助成)を受けたことがある。 広島県 (回)、三原市 (回)			
今回の申請	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 <input type="checkbox"/> 今回の申請の対象とする特定不妊の治療費については、他の自治体等に補助金等(広島県特定不妊治療支援事業による助成金を除く。)は申請していません。また、申請する予定もありません。 ※補助の回数は、初めて補助を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは6回、40歳以上であるときは3回までとする。			

(※1) 加入している医療保険は、治療期間中のものを書いてください。
 限度額適用区分は、限度額認定証若しくはマイナポータル(マイナ保険証の場合)で確認又は加入している医療保険者へお問い合わせください。

(※2) 単身赴任等のやむを得ない事由がある場合で、住所が異なるときに記入してください。

→裏面へ続く

高額療養費給付の状況

高額療養費の状況 (※3)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた・受ける予定がある →受給額(円) <input type="checkbox"/> 限度額認定証等の提示により医療機関窓口で限度額までの自己負担を支払った
------------------	--

(※3) 受給の要件や受給の有無・受給額等が不明な場合は、加入している医療保険者へお問い合わせください。

補助申請額等

申請区分	<input type="checkbox"/>	保険医療機関において保険収載されている特定不妊治療等 (A)	
	<input type="checkbox"/>	特定不妊治療等に併せて行われる先進医療 (B)	
	<input type="checkbox"/>	本来保険適用となる特定不妊治療等も含め全額自費診療となった治療 (C)	
不妊治療に係る医療費の医療機関等へ支払った額(自己負担額)	(A) 円 (B) 円 (C) 円 (A)+(B)又は(C) 円…①	・証明書に記載のある領収金額(自己負担額)の合計額になります。 ※ 領収書に不足のある場合、領収書の合計額を上限とします。 ※ 院外処方があり、(A)の額に、院外処方の額が含まれていない場合は、院外処方の額を②に記載してください。	
院外処方の額	円…②	・院外処方があり、(A)の額に院外処方の額が含まれていない場合に記入してください。	
広島県の助成額	円…③		
高額療養費の支給額	円…④	・該当する場合、上記「高額療養費の状況」の受給額と同額になります。	
補助対象経費	円…⑤	①+②-③-④	
申請額	円		

※添付書類(担当者チェック欄)

<input type="checkbox"/>	※保険医療機関において保険収載されている特定不妊治療等の場合 三原市特定不妊治療費補助金交付申請に係る証明書
<input type="checkbox"/>	※広島県特定不妊治療支援事業の助成決定を受けた者のみ <input type="checkbox"/> 広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 広島県の特定不妊治療費助成申請に係る証明書の写し
<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
<input type="checkbox"/>	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"/>	医療機関が発行する領収書の写し
<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。)
<input type="checkbox"/>	市税を滞納していないことを確認できる書類(滞納のない証明書等)
<input type="checkbox"/>	※高額療養費の支給がある場合 高額療養費支給後の自己負担額が分かる書類(支給決定通知書等)
<input type="checkbox"/>	事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合に限る。)
<input type="checkbox"/>	申請遅延に関する申立書(期限内の申請が困難な場合に限る。)