

別記
第1号様式（第6条関係）

羽島市一般不妊治療（人工授精）費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）
羽 島 市 長

関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。
一般不妊治療（人工授精）費の助成が決定された場合、当該決定日付けで助成決定額を下記口座に振り込むことを請求します。

対 象 者			(ふりがな) 氏 名		生年月日			
	夫		()		年 月 日生 (歳)			
	妻		()		年 月 日生 (歳)			
	申請者 住所		〒		(日中連絡可能な連絡先を記入してください) 電話 ()			
	夫と妻の住所が 異なる場合は記入		〒		電話 ()			
	加入 医療 保険	夫	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【区分】本人・被扶養者 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 ()					
妻		【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【区分】本人・被扶養者 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 ()						
一般不妊治療費助成金の交付決定にあたり、裏面の確認事項について羽島市が照会等することに同意します。 (申請者の配偶者)								
申請者氏名 _____								
申請額 金 _____ 円 (※本人負担額の1/2で、1年度上限5万円とし1,000円未満は切り捨てます。)								
過去の助成の有無		過去に羽島市もしくは他自治体で一般不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。 ない ・ ある ⇒助成を受けた治療開始時期 (年 月) ・ 助成金額 (金 _____ 円) 助成を受けた自治体 (羽島市 ・ _____ 市)						
任意の給付 (今後受ける場合 も含む)		健康保険組合等の保険者の規約等により支給される一般不妊治療に関する任意の給付を受けましたか、もしくは受ける予定がありますか。 ない ・ ある ⇒給付を受ける時期 (年 月) 給付金額 (金 _____ 円) 給付を受けた保険者 ()						
振 込 先	金融機関名		銀行		本店			
			金庫		支店			
			農協		出張所			
	預金種別		普通	(ふりがな)	()			
		当座	口座名義人	(申請者と同一)				
口座番号								(左詰記入)
ゆうちょ銀行								

<自治体記入欄>

申請受理年月日		決定内容	承認・不承認
決定年月日		受給者番号	

注) 太枠の中をご記入ください。

助成決定額
金 _____ 円

【 申請書類の提出について 】 申請を行う際、以下のものをご提出ください。

1. 羽島市一般不妊治療(人工授精)費助成事業申請書兼請求書(別記第1号様式)
2. 羽島市一般不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書(別記第2号様式)
3. 申請しようとする一般不妊治療(人工授精)に係る領収書(原本照合した後、原本はお返しします。)
4. 住所地を証明する書類
5. 法律上婚姻をしている夫婦であることを証明する書類

その他、申請する際には健康保険証をお持ちください。

※4は下記の確認事項に同意され、羽島市で確認できる場合には提出を省略することができます。

※5は前回申請したときから婚姻関係に変更がない場合は、提出を省略することができます。

【 確認すべき事項について 】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。確認事項の1及び2に関して、転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、羽島市が照会等させていただきますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

1. 一般不妊治療(人工授精)費助成事業の助成金交付状況について、羽島市が他の自治体へ照会すること。
2. 一般不妊治療(人工授精)費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から羽島市に照会があったときに、これに回答すること。
3. 一般不妊治療(人工授精)の治療期間及び申請日に夫又は妻のいずれか一方又は両方が羽島市の住民基本台帳に登録されている夫婦であること。
4. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
5. 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付(付加給付金)等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。