高浜市生殖補助医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 高浜市長

申請者

住所

氏名

(口座名義人と同一)

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。

記

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)			
	住所(※1)	〒 —		電話 ()			
	住所(※2)	〒 —		電話 ()			
	加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ()					
加入医療保険(妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ()						
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()			
	口座番号						(左詰記入)
申請額	金 円		(1回の申請につき上限10万円)				
今回申請する治療費について高額療養費、付加給付金の支給を受けましたか。 受けていない ・ 受けた → 高額療養費 () 円 付加給付費 () 円							

令和4年4月1日以降に、この助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。() 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は () 市町村 ・ その他 ()

申請受理年月日		(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。

※1: 夫婦等の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合等に記入する。

添付書類 1 高浜市生殖補助医療費助成金支給受診等証明書及び領収書

2 法律上の婚姻をしている夫婦であること、または、事実婚関係であることを証明できる書類

3 住所を証明する書類

4 高浜市生殖補助医療費助成金の支給に関する同意書(別紙)

◎ 申請の際に、加入している医療保険がわかるものをお持ちください。

(別紙)

高浜市生殖補助医療費助成金の支給に関する同意書

年 月 日

(宛先) 高浜市長

対 象 者
本 籍 地 都・道・府・県 市
住 所
夫 氏 名
妻 氏 名

私たちは、高浜市生殖補助医療費助成金に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

助成金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…（本市内に住所を有することを確認します。）
- 2 戸籍…（法律上の夫婦であること等を確認します。）

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

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、1夫婦当たりの支給額の上限が定められています。

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、また、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等にあっても、この助成金の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

高額療養費支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。

この高額療養費の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、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。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

（宛先）高浜市長

下記2名については、事実婚関係にあります。

記

①生殖補助医療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

②生殖補助医療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）