

第1号様式（第6条関係）

草加市早期不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

草加市長 宛て

草加市早期不妊治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により次のとおり申請します。また、助成要件確認のため、草加市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認を行うこと並びに他の地方自治体、当該申請に係る不妊治療を実施した医療機関並びに加入医療保険者に対し草加市が照会し、情報提供を受けることに同意します。

申請者	ふりがな				生年月日	年 月 日	
	氏名					(歳)	
	現住所	〒340- 草加市			連絡先	電話・FAX	
	加入医療保険 <small>※保険適用の不妊治療を受けた方のみ記入</small>	記号		番号		保険者番号
		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者		保険者名		
	高額療養費について	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証を使用 <input type="checkbox"/> 受給なし（高額療養費適用対象外）					
	付加給付等の受給状況等	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 加入医療保険において制度なし					
配偶者（申請者の夫又は妻）	ふりがな				生年月日	年 月 日	
	氏名					(歳)	
	現住所	〒			連絡先	電話・FAX	
	加入医療保険 <small>※保険適用の不妊治療を受けた方のみ記入</small>	記号		番号		保険者番号
		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者		保険者名		
	高額療養費について	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証を使用 <input type="checkbox"/> 受給なし（高額療養費適用対象外）					
	付加給付等の受給状況等	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 加入医療保険において制度なし					
不妊治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
申請額 <small>(上限 100,000 円)</small>	円 (千円未満切捨て)						

※太枠内を記入してください。

※保険者とは、加入者に対し健康保険被保険者証等を交付し、保険料を徴収したり保険給付を行ったりする健康保険事業の実施主体のことをいい、健康保険被保険者証の交付を受けた加入者を被保険者といいます。

[添付書類]

- 対象治療に係る領収書及び診療明細書
- 草加市早期不妊治療費助成金対象不妊治療実施証明書（第2号様式）
- 高額療養費等支給決定通知書の写し又は限度額適用認定証の写し。いずれもない場合や世帯合算がある場合等は加入医療保険が発行した高額療養費等の支給状況等に関する証明書等
- 付加給付等の支給がある場合は、その支給額がわかる書類
- (夫婦で別居中の方・事実婚の方等) 婚姻関係を証明できる書類

※草加市使用欄

受給者番号	
助成対象額	円
交付決定額	円