

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。

<b>区 分</b> ※いずれかに☑		<input type="checkbox"/> (1) 埼玉県不妊治療費助成事業等の初回申請に係る支給決定を受けた <input type="checkbox"/> (2) 申請者・配偶者とも過去に本助成金を受給したことはなく、かつ、初めて保険診療として生殖補助医療等（体外受精・顕微授精・男性不妊治療）を受けた					
申 請 者	ふりがな					生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名						
	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 ( 歳)
	氏 名						
	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 (上限100,000円)		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]

- (全員) 対象治療に係る領収書及び診療明細書
- (区分(1)の人のみ) 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書（写し）
- (区分(1)の人のみ) 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書（写し）
- (区分(2)の人のみ) 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）
- (区分(2)の人のみ) 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
- (区分(2)の人のみ) 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