

美馬市長

申請者 住 所

氏 名

美馬市こうのとり応援事業助成金交付申請書

美馬市こうのとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫 氏 名	-----	年 月 日 (歳)
ふりがな 妻 氏 名	-----	年 月 日 (歳)
住 所 (※1)	〒 (電話)	
住 所 (※2)	〒 (電話)	
交付申請の額	金 円	
【今回の治療を保険診療で受診した場合】 <u>当該受診者の健康保険の限度額適用認定証の適用区分等</u>	◎限度額適用認定証の適用区分 (受診者ごとに、該当区分に○をしてください) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明	<input type="checkbox"/> 受診者が妻 認定証の発行年月日 年 月 日 認定証の有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 認定証の発行年月日 年 月 日 認定証の有効期限 年 月 日
	他自治体における助成について 次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。	
私たち夫婦に関して次の確認行為等が美馬市によってなされることに同意します。(※3) (1) 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課された美馬市の市税の納付状況の確認 (2) 医療機関に対する治療内容等の紹介及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 (3) 美馬市以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供		
夫氏名	Ⓢ	妻氏名
(自署又は記名押印)		(自署又は記名押印)

(※1) 夫婦の住所を記入してください。

(※2) 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(※3) 美馬市における事務処理に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意し、プライバシーは厳守します。

(添付書類)

- 美馬市こうのとり応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書（様式第2号）
 - 医療機関発行の領収書及び治療明細書等の治療内容のわかる書類
 - 戸籍謄本（次のいずれかに該当する場合に限る）
(1) 美馬市において初めて、こうのとり応援事業助成金の交付を申請する場合 (2) 夫婦が別世帯の場合
(3) 夫婦が事実婚関係にある場合（両人の戸籍謄本が必要）
 - 夫婦いずれか一方が美馬市以外の住民である場合は、当該者の住民票
 - 夫婦が事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第3号）
- ※3、4については、申請の日前3か月以内に発行されたものの原本に限ります。

下欄には記入しないでください。

初回治療開始時の妻の年齢	歳	1回目	2回目	回目	回目	回目	回目	決 定 年月日	交 付 ・ 不 交 付