

湖西市特定不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

申請者 住所  
氏名  
TEL

湖西市不妊治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。  
なお、助成金の交付要件の確認のため必要な場合は、加入している健康保険組合等から、独自の医療費を補助する制度の有無及び該当について、市が情報を得ることについて承諾します。

記

(ふりがな) 夫の氏名		夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
(夫妻一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入) 〒 TEL ( )			
加入医療保険	夫	【種別】市町村国保 ・ 組合国保 ・ 健保 ・ 共済 ・ その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人 ・ 被扶養者	
	妻	【種別】市町村国保 ・ 組合国保 ・ 健保 ・ 共済 ・ その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人 ・ 被扶養者	
申請状況	(補助歴がある場合) 今回の治療は2人目以降(12週以降の死産を含む。)の不妊治療ですか。 いいえ ・ はい		
特定不妊治療に要した 本人負担額 ①	円	湖西市特定不妊治療費受診等証明書の領収金額と一致	
付加給付額 ② (※)	円	保険者からの付加給付がある場合に記入	
申請額	補助対象経費 (①-②) 円		
次の事項を確認の上、□欄にチェックをしてください。 □今回の治療は「先進医療以外の治療」を組み合わせた一連の特定不妊治療で全額自費の治療、または保険適用の治療だが回数制限により全額自費で行った治療です。 □他の地方公共団体において、今回の治療に対する補助金は交付されていません。 □湖西市特定不妊治療費補助金交付要綱第3条の規定について確認するため、次の事項について湖西市職員が調査することに承諾します。 1 住民基本台帳 2 他の地方公共団体に対して行う不妊治療費等補助金の交付に関する情報の照会及び湖西市不妊治療費等補助金の交付に関する情報の提供 3 市税の納付状況			

※：付加給付の有無については、加入されている健康保険者にお問い合わせください。また、給付を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求めますのでご承知おきください。

(添付書類)

- 1 湖西市特定不妊治療費受診等証明書(様式第2号)
- 2 保険適用外の治療を受けた医療機関発行の領収書
- 3 申請日の前1か月以内に交付を受けた夫及び妻の戸籍謄本又は全部事項証明書
- 4 申請日の前1か月以内に交付を受けた夫及び妻の市税の滞納がないことを証する書類
- 5 治療を受けた者の健康保険証の写し
- 6 事実婚関係に関する申立書 ※対象者のみ提出