

別記様式第 1 号(第 5 条関係)

美唄市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 美唄市長

美唄市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、美唄市不妊治療費助成事業実施要綱(5 年庁達第 7 号)第 5 条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請者氏名		生年月日	年	月	日
配偶者氏名		生年月日	年	月	日
申請者住所	美唄市 電話番号				
配偶者住所	※申請者と異なる場合は記入してください。				
加入医療保険 (夫)	【種別】 【保険者番号】 【区分】 本人・被扶養者				
加入医療保険 (妻)	【種別】 【保険者番号】 【区分】 本人・被扶養者				
申請する治療	☐ 一般不妊治療 ☐ 生殖補助医療				
a	申請する治療に要した医療費の自己負担額 円				
b	付加給付額(高額療養費等) 円				
c	助成対象医療費自己負担額(a - b) 円				
d	医療費助成交付申請額 円(c の 2/3、1 円未満切捨て)				
e	証明書に係る文書料 円(医療機関・薬局)				
助成金交付申請額(d + e)		円			
振込先	金融機関名	銀行・() 店	口座 番号	普通・当座	
	(フリガナ) 口座名義	※申請者と同一			

【同意及び誓約】美唄市不妊治療費助成金の交付申請に当たり、美唄市が交付決定の可否を審査するために必要な範囲内で、住民基本台帳、市税の納付状況等を確認し、必要に応じて医療機関、医療保険者、他の市区町村にこの申請に関する情報を照会し、提供を受けることに同意します。また、他の市区町村でこの申請に係る不妊治療への助成を受けていないことを誓約します。

(夫)氏名_____ (妻)氏名_____

※夫婦両方の自署が必要です