

寒河江市不妊治療費（生殖補助医療）本人負担額助成金
交付申請書兼請求書

年 月 日

寒河江市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

寒河江市不妊治療費本人負担額助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、助成決定に当たり、裏面に掲げる「確認事項」について、同意します。

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください							
	<input type="checkbox"/> 体外受精（保険適用）		<input type="checkbox"/> 顕微授精（保険適用）		<input type="checkbox"/> 男性不妊治療（保険適用）			
	<input type="checkbox"/> 先進医療（保険適用外）							
	<input type="checkbox"/> 自費診療（医療保険適用内治療だが、医療保険適用の年齢・回数制限を超えたことによる自費）							
申請額（※）	円							
受療者本人	住 所	〒 寒河江市						
	氏 名							
	加入種別 医療保険	国保・健保 共済・その他	保険者 番号		区 分	本人・被扶養者		
配偶者	氏 名	電話	-	-	住 所	（※）受療者住所と異なる場合のみ記載		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協					本店・支店・出張所	
	金融機関コード				店番号		1 普通 2 当座	
	口座番号					口座名義人	(フリガナ)	

処理欄（記入しないでください）

体外受精・顕微授精・男性不妊治療（先進医療を除く。）		先進医療		自費診療	
a 本人負担額	円	a' 本人負担額	円	本人負担額	円
	円		円		円
b 高額療養費給付額等	円				
	円				
c 山形県不妊治療費助成金	円				
	円				
d 申請額 (a-b-c) (上限各5万円)	円	d' 申請額 (上限5万円)	円	申請額 (上限30万円)	円
	円		円		円
申請額合計(※)(d+d')			円		

助成履歴	
------	--

(うら)

【寒河江市不妊治療費本人負担額助成事業に関する確認事項】

助成金を交付するのに必要な事項について、照会確認させていただく場合がありますので、ご承知おきください。

- 1 夫婦の市税等の滞納の有無の閲覧、確認に関すること。
- 2 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- 3 健康保険組合等から支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付）等について、保険者に照会すること。なお、支給を受けたことが申請以降に確認できた場合、助成金の返還を求められることがありますのでご承知おきください。
- 4 不妊治療費本人負担額助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から寒河江市に照会があった時、これに回答すること。