

一般①

碧南市一般不妊治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

碧南市長 殿

(〒 -)

申請者 住所 碧南市
氏名
電話 -

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費助成金の交付を申請します。

記

申請：1年度目・2年度目・3年度目

対象者	氏名 (ふりがな)	住 所	生年月日
夫	()		年 月 日 (歳)
妻	()		年 月 日 (歳)
婚姻年月	平成・令和 年 月		
加入医療保険 (夫)	【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者 【保険組合等名称】 () 【記号】 () 【番号】 ()		
加入医療保険 (妻)	【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者 【保険組合等名称】 () 【記号】 () 【番号】 ()		
不妊検査・治療を要した期間	年 月 日～ 年 月 日		
自己負担金合計額	円		(ア)
今回申請する治療費について高額療養費、付加給付金の支給を受けましたか 受けていない・受けた → 高額療養費 () 円 付加給付金 () 円			(イ)
申請額 (ア) - (イ)	円		
医療機関名①	所在地		
	名称		
医療機関名②	所在地		
	名称		
薬局名	所在地		
	名称		

注意：訂正箇所がある場合は、新しい申請書を書いていただくか、申請者氏名の記載箇所に押印をし、すべての訂正箇所と同じ印鑑を使用して、訂正をしてください。

【 裏面も必ずご記入ください。 】

令和4年4月版

一般不妊治療費自己負担金額等確認書

1 医療機関、薬局の自己負担額の内訳

受診年月日	医療機関①	薬局分	支給の有無※	医療機関②	薬局分	支給の有無※
	医療機関名：			医療機関名：		
年 4月分	円	円		円	円	
年 5月分	円	円		円	円	
年 6月分	円	円		円	円	
年 7月分	円	円		円	円	
年 8月分	円	円		円	円	
年 9月分	円	円		円	円	
年10月分	円	円		円	円	
年11月分	円	円		円	円	
年12月分	円	円		円	円	
年 1月分	円	円		円	円	
年 2月分	円	円		円	円	
年 3月分	円	円		円	円	
小計	円			円		
合計	円 *					

*交付申請書に記入した自己負担金額（ア）と同じ額であること

※「高額療養費」・「付加給付金」等の支給があった場合は、○をご記入ください。

2 令和4年4月1日以降に、一般不妊治療費の助成金を受けたことがありますか。

ない

ある → ①助成を受けた自治体名 () 市・町)

②助成を受けた回数 () 回受けた

③最終の助成を受けた時期 (令和) 年 () 月頃

3 高額療養費制度の「限度額適用認定証」の交付を受けていますか。

受けていない

受けている → 認定証の写しの提出も必要です。

受付印 (受理月日)
