

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		

【 裏面も必ずご記入ください。 】

碧南市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まし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 → 限度額適用区分の分かる書類の提出が必要です。
☐ 受けている → 認定証の写しの提出が必要です。

受付印
(受理月日)