

阿蘇市不妊治療費助成金交付申請書

阿蘇市長様

申請者 _____

阿蘇市不妊治療費助成金交付要綱第 6 条の規定により下記のとおり申請します。
 なお、助成金の交付に関して必要な住民基本台帳等について調査、閲覧することについて同意します。

記

申請の種類		以下のいずれかに証明書 (第 2 号様式) の種類に基づきチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療		
夫 (パートナー)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒	電話	
妻 (パートナー)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒	電話	
自己負担額		<p style="text-align: right;">_____ 円 (ア)</p> <p style="text-align: center;">(生殖補助医療で男性不妊治療を実施した場合の内訳)</p> <p style="text-align: center;">男性不妊治療費分を除く額 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">男性不妊治療分の額 _____ 円</p>		
今回申請する治療費について、高額療養費、付加給付金、その他助成金の支給を受けましたか 受けていない ・ 受けた (イ) → 高額療養費 (_____) 円 付加給付金 (_____) 円 その他※ (_____) 円				
助成申請額 (ア) - (イ)		_____ 円		

※ 国、県その他の団体等から助成金等の交付を受けることができた場合記載してください。

【裏面も必ずご記入ください】

自己負担金額等確認書

自己負担額の内訳

	男性不妊を除く自己負担額	支給の有無※	男性不妊の自己負担額	支給の有無※
受診者氏名		/		/
医療機関名		/		/
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
小 計				
合 計	円			

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

世帯調書

申請者本人と居住及び生計を同じくしている人を全員記入してください。

フリガナ		生年月日
申請者氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日

阿蘇市記入欄（ここから先は、何も記入しないでください）

課名	種別	納入状況	担当者	摘要
税務課確認欄	市税等	滞納あり・滞納なし・該当なし		
福祉課確認欄	保育料	滞納あり・滞納なし・該当なし		
上下水道課確認欄	水道料	滞納あり・滞納なし・該当なし		