

八幡浜市不妊治療等に係る費用の助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

八幡浜市長 様

住 所
申請・請求者 氏 名
電話番号

下記の事項に同意のうえ、不妊治療等に係る費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求をします。

記

- 1 助成金の交付要件を確認するため、市が申請者の個人情報をご簿等により確認すること。
- 2 市が申請者の個人情報を公簿等により確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること。
- 3 市が不妊治療等の実施に関して診療報酬明細情報等を保険者に照会すること。
- 4 市が不妊治療等の実施に関して治療を行った保険医療機関等に照会すること。
- 5 偽りその他不正の行為により助成を受け、又は受けようとした場合は、助成金の交付決定を取り消し、既に申請者に対して交付した助成金の全部又は一部を返還させること。

夫婦氏名等	夫	妻						
	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
夫婦の住所が異なる場合の住所								
対象となる年月	年 月分 同月での配偶者の不妊治療等の有無 <input type="checkbox"/> 有（配偶者の一部負担金額 円） <input type="checkbox"/> 無							
対象月における不妊治療等に係る一部負担金の計	(A)	円						
高額療養費の給付がある場合は、その金額	(B)	円						
附加給付、助成金等、給付金等がある場合は、その金額	(C)	円						
交付請求額	(A - B - C)	円						
添付書類	1 八幡浜市不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書 2 被保険者証、組合員証又は加入者証の写し 3 高額療養費の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 4 保険医療機関等が発行する不妊治療費等の領収書及び明細書 5 その他 ()							
振込	金融機関名	支店名等	預金種別	口座番号				口座名義人(カナ)
	銀行 金庫 組合 農協	支店 支所	1 当座 2 普通					