

(様式第1)

東海市不育症治療費補助金交付申請書 (実績報告書)

令和 年 月 日

(あて先) 東海市長

申請者

住 所

氏 名

電話番号

不育症治療費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請 (実績報告) します。

記

対 象 者		フリガナ 氏 名	生 年 月 日
	夫		年 月 日 (歳)
	妻		年 月 日 (歳)
	住所 (※1)	〒 電話	
	住所 (※2)	〒 電話	
	加入医療保険 (夫)	【保険者番号】 () 【保険組合等名称】 () 【区分】 本人・被扶養者 【記号】 () 【番号】 ()	
	加入医療保険 (妻)	【保険者番号】 () 【保険組合等名称】 () 【区分】 本人・被扶養者 【記号】 () 【番号】 ()	

今回の不育症治療について、東海市以外で補助金を受けたことがありますか。
ない・ある→補助金を受けた自治体は ()

申 請 受 理 年 月 日		(承認・不承認) 決 定 年 月 日		
受 給 者 番 号			受 付	検 収
交 付 申 請 額				
交 付 決 定 額				
婚姻関係を確認する書類	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付省略	<input type="checkbox"/> 提出済	月 日
不育症治療に係る証明書	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 提出済		

注) 申請者欄及び、太枠の中をご記入ください。

(※1) : 夫婦の住所を記入する。

(※2) : 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

東海市不育症治療費補助金申請に関する同意書

令和 年 月 日

(あて先) 東海市長

対 象 者 夫 住 所 _____
氏 名 _____
妻 住 所 _____
氏 名 _____

私たちは、東海市不育症治療費補助金申請に係る下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳… (本市内に住所を有することを確認します。)
- 2 戸籍… (法律上の御夫婦であること等を確認します。)
- 3 市税の納付状況… (市税に未納がないかを確認します。)
- 4 治療内容等… (医療機関に照会する場合があります。)

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この補助金事業は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、他の地方公共団体において助成の対象となる不育症治療費は助成の対象外となっています。

他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、不育症治療費に関する補助金等についての以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

本補助金の受給状況の情報利用に関する説明書

本補助金の受給状況については、妊産婦の方に必要な支援を行うため、本市の他の制度などで利用することがありますのでご承知ください (例：妊産婦の相談・訪問、災害時支援等)。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

(様式第2)

東海市不育症治療に係る証明書

令和 年 月 日

(あて先) 東海市長

医療機関

所在地
名称
主治医氏名

電話番号

下記の者については、不育症と診断し、不育症治療が必要であると認めます。

記

対象者	住所			
	区分	氏名	生年月日	
	夫		年 月 日生	
	妻		年 月 日生	
診療開始日		年 月 日		
検査内容		<input type="checkbox"/> 免疫異常に関する検査 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常に関する検査 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常に関する検査 () <input type="checkbox"/> 子宮形態異常に関する検査 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
治療内容 (予定)				
特記事項				

(注意事項)

- 1 太枠内は対象者が記入してください。
- 2 検査内容は該当項目をチェックし、()内に具体的な内容を記入してください。

(様式第3)

東海市不育症治療費補助金請求書

令和 年 月 日

(あて先) 東海市長

請求者
住 所
氏 名
電話番号

このことについて、下記のとおり請求します。
なお、補助金については指定口座に振り込んでください。

記

請 求 金 額		円
振 込 先	金 融 機 関 名	銀 行 金 庫 農 協 本 店 支 店
	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座
	口 座 番 号	
	フリガナ	
	口 座 名 義 人	

(様式第4)

東海市不育症治療費補助金受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費（**保険適用外**）を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
治療の状況	<input type="checkbox"/> 出産等により治療終了 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
不育症治療の理由	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮形態異常 <input type="checkbox"/> その他 詳細 ()			
不育症治療の内容				
本人負担額の 内訳	区分	本人負担額（保険適用外）		
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②	
	年 4月分	円	円	
	年 5月分	円	円	
	年 6月分	円	円	
	年 7月分	円	円	
	年 8月分	円	円	
	年 9月分	円	円	
	年 10月分	円	円	
	年 11月分	円	円	
	年 12月分	円	円	
	年 1月分	円	円	
	年 2月分	円	円	
年 3月分	円	円		
[今回の治療にかかった金額合計]				
領収金額 円 (上記本人負担額①、②の合計額となります。)				

- 注1 当該患者に関して行った**保険適用外の不育症治療及び検査**に係るもののみご記入ください。
2 院外処方がある場合は、実費負担額欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用、出産に係る費用は含まないでください。

(様式第5)

事実婚関係に関する申立書
(東海市不育症治療費補助金申請用)

(あて先) 東海市長

令和 年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあります。

また、治療の結果、出産した子について認知します。

① 対象者 (夫)

住所 _____

氏名 _____

② 対象者 (妻)

住所 _____

氏名 _____

***別世帯になっている理由**

(①と②が別世帯となっている場合には記入)

