

一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

多治見市長

申 請 者（※1）
住 所 〒

氏 名
電話番号 印

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。（※2）

記

対 象 者			(ふりがな) 氏 名	生年月日
	夫		()	年 月 日生 (歳)
	妻		()	年 月 日生 (歳)
	住所 (※3)		〒 電話 ()	
	加入 医療 保険	夫	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
		妻	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
過去の助成実績			無 ・ 有 ある場合、() 年度 助成金を受けた自治体 (多治見市 ・ 市)	
任意の給付 (今後受ける場合も含む)			無 ・ 有 ある場合 給付を受けた保険者 ()	
申 請 額			人工授精にかかった本人負担額 () 円 × 1/2 = 円 上記の額と 5 万円とどちらか少ない額で 1,000 円未満は切り捨てます 金 円	
一般不妊治療費助成金交付決定にあたり、裏面の確認事項について市長が照会・確認することに同意します。				
申請者氏名 _____ 印 _____ 印 (夫及び妻が自署若しくは記名押印) (申請者の配偶者)				

<多治見市記入欄>

申 請 受 理 年 月 日		決 定 内 容	決定 ・ 却下
決 定 年 月 日		受 給 者 番 号	

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：助成金を振り込む口座の名義人と同一の方が、自署・押印してください。(多治見市内在住の方に限ります。)

※2：裏面の「確認すべき事項について」を必ずお読みください。

※3：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※4：1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。ただし、平成 27 年度は4月から翌年2月までの診療分とします。

※一般不妊治療が終了しましたら早めに申請してください。

住民票を多治見市外に移された方は、申請できませんのでご注意ください。

【申請書類の提出について】申請を行う際、以下のものをご提出ください。

◎一般不妊治療費助成金交付申請書（この用紙）

◎申請書に添付する書類

1. 一般不妊治療受診等証明書（別記様式第2号）

2. 領収書 ※原本とコピーをご持参ください。（原本照合した後、原本はお返しします。）

3. 夫及び妻の所得額を証明する書類（※）

4. 住民票の写し（※）

※下記の確認事項に同意され、本市で確認できる場合は、3及び4は省略可。

◎その他、申請する際には、印鑑と健康保険証をお持ちください。

【確認すべき事項について】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本市が照会・確認させていただくことがありますので、ご了承ください。

なお、個人情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

＜確認事項＞

1. 一般不妊治療費助成金の交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
2. 一般不妊治療費助成金の交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。
3. 本市の住民であること及び一般不妊治療の治療日及び申請日に住民であったこと。
4. 対象者の所得状況に関する資料を確認すること（前年所得の状況（1～5月の申請にあつては、前々年））。
5. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
6. 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。
7. 多治見市の市税、国民健康保険料、介護保険料、市営住宅使用料、水道料金、下水道使用料、下水道事業受益者負担金、し尿処理手数料又は農業集落排水処理施設使用料の納付状況を確認すること。