

記入しないで下さい。

年 月 日

知多市長

様

対象者 本籍地 ○○ 都・道・府・**県**
 夫氏名 知多太郎
 妻氏名 知多花子

私たちは、知多市不妊治療費補助金に係る下記の事項について同意及び申告します。

記

以下をお読みいただき
上記に記入して下さい。

助成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同意書

助成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、確認します。

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 治療内容等… (医療機関に照会する場合があります。)
- 2 以前の受給歴… (他市町村から転入された方や、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する方の場合、この助成金の以前の受給状況等を確認することがあります。)

高額療養費支給に関する同意書及び申告書

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額 (自己負担限度額) を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。この高額療養費の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。

また、支給を受けたことが本補助金の交付申請時以降に確認できた場合、不妊治療費補助金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

《高額療養費の申請について》 該当するものを○で囲む

高額療養費制度の利用申請はしましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	・	<input type="checkbox"/> いいえ	・	自動払いのため申請不要 (限度額適用認定証を利用)
(上の設問で「はい」の場合) 申請をした月に、同じ保険証を使って医療機関で支払いをした御家族のお名前を御記入ください。	お名前	知多 次郎	(続柄)	子)
	お名前		(続柄))
	お名前		(続柄))
	お名前		(続柄))

支給がある場合は
○または△を記入して下さい。

《高額療養費・付加給付金等の支給について》

該当する月に○または△を記入 (支給あり) : ○ 申請中 (支給予定) : △

3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
							○				△

※支給ありの場合：保険組合等が発行する「支給決定通知書」(コピー可)を添付

※申請中(支給予定)の場合：支給があった後、保険組合等が発行する「支給決定通知書」(コピー可)を本市へ提出。(提出後、補助金の支払処理を行います。)