第１号様式（第５条関係）

知多市不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

　　　年　　月　　日

　知多市長　　　　　　　様

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　電話番号

　知多市不妊治療費補助金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ふりがな | | | 生年月日 | | |
| 氏　　　　名 | | |
| 対  象  者 | 夫 |  | | | 昭和  平成　　　　 年 　月 　日生(　　歳) | | |
|  | | |
| 妻 |  | | | 昭和  平成　　　　 年 　月 　日生(　　歳) | | |
|  | | |
| 住所(夫) | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　　） | | | | | |
| 住所(妻) | | □夫と同じ（住所（妻）の記入は省略）  〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　　） | | | | | |
| （現在）加入医療保険(夫) | | 【種別】国保・健保・共済・その他（　　　　）【区分】本人・被扶養者  【保険者番号】(　　　　　　　)【被保険者記号番号】(　　　　　　　) | | | | | |
| 治療途中に医療保険を変更しましたか。　はい（以下にご記入ください↓）・いいえ | | | | | | | |
| （変更前）加入医療保険(夫) | | （　　）年（　　）月（　　）日まで  【種別】国保・健保・共済・その他（　　　　）【区分】本人・被扶養者  【保険者番号】(　　　　　　　)【被保険者記号番号】(　　　　　　　) | | | | | |
| （現在）加入医療保険(妻) | | 【種別】国保・健保・共済・その他（　　　　）【区分】本人・被扶養者  【保険者番号】(　　　　　　　)【被保険者記号番号】(　　　　　　　) | | | | | |
| 治療途中に医療保険を変更しましたか。　はい（以下にご記入ください↓）・いいえ | | | | | | | |
| （変更前）加入医療保険(妻) | | （　　）年（　　）月（　　）日まで  【種別】国保・健保・共済・その他（　　　　）【区分】本人・被扶養者  【保険者番号】(　　　　　　　)【被保険者記号番号】(　　　　　　　) | | | | | |
| 申請額 | | 金　　　　　　　　円 | | (本人の負担額の1/2で、１年度上限20万円) | | | |
| ・限度額適用認定証は使用しましたか。　　　　はい（区分：　　　）・いいえ  ・（いいえの場合）高額療養費制度の利用申請はしましたか。　　はい・いいえ  ※高額療養費制度の申請をした場合、第１号様式その２（同意書兼申告書）に詳細をご記載ください。  ※ご自身又は同じ保険証のご家族で、一医療機関でのひと月の医療費が自己負担額の上限額を超えた方がいると、高額療養費制度の利用申請が必要な場合があります。  申請が必要かどうか、上限額がわからない場合は、加入している保険組合等にご確認ください。 | | | | | | | |
| 過去にこの助成金を受けたことがありますか。  ない・ある　→　過去（　　）回受けた。直近の申請は（　　　）年（　）月頃 | | | | | | | |
| ※以下は市記入欄 | | | | | | | |
| 申請受理年月日 | |  | 承認・不承認  決定年月日 |  | | 受給者番号 |  |