記入しないで下さい。

年 月 日

知多市長 様

申請者 住所 知多市新知字永井2-1

氏名 知多花子

電話番号 0562-54-1300

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 氏名	生年月日
対象	夫	ちた たろう 知多太郎	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳)
	妻	ちた はなこ 知多花子	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳)
住所(夫)		〒478-0017 知多市新知字永井2-1 電話 0562-54-1300	
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】(00000000) 【被保険者記号番号】(12345678)	
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)		(令和〇)年(〇)月(〇)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】(99999999) 【被保険者記号番号】(98765432)	
(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】(11111111) 【被保険者記号番号】(22222222)	
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)	
・限度額適用認定証の利用しましたか。 はい (区分:) ・ いいえ			
・(い)療養費制度の利用申請はしましたか。 はい いいえ			
※高額療養費制度の場合、第1号様式その2(同意書兼申告書)に詳細に記載ください。			
※ご自身(またはご家族)で、一医療機関でのひと月の医療費が自己負担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、加入医療保険の担当窓口へお問い合わせください。			
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(〇)回受けた。直近の申請は(令和〇)年(〇)月頃			

同じであれば✓して下さい。

記入しないで下さい。

はい

「はい」の方は、同意書兼申告書に詳細を記載して下さい。

- ① 知多市国民健康保険へ加入または脱退された方で、変更日等が不明の場合は、健康推進課から保険医療課へ問い合わせをさせていただくため、記入は不要です。
- ② 他の医療保険で変更があった方は、ご自身でご確認の上、記入をお願いします。