

様式第 1 号（第 7 条関係）

田原市特定不妊治療費等助成事業補助金交付申請書（実績報告書）
（特定不妊治療用）

年 月 日

田 原 市 長 殿

申請者 住 所 田原市
氏 名
（口座名義人と同一）
電話番号

特定不妊治療費助成事業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	区 分	氏 名	生 年 月 日
	夫		年 月 日生(歳)
	妻		年 月 日生(歳)
	住 所 (注1)		
	住 所 (注2)		
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】()【区分】本人・被扶養者	
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】()【区分】本人・被扶養者	
特定不妊治療に係る申請回数 (今回の申請を含む)		<input type="checkbox"/> 1 回 <input type="checkbox"/> 2 回 <input type="checkbox"/> 3 回 <input type="checkbox"/> 4 回 <input type="checkbox"/> 5 回 <input type="checkbox"/> 6 回	
医 療 機 関 等 の 名 称			
不 妊 治 療 に 要 し た 額		円	
高 額 療 養 費 制 度 等 助 成 額		円	
高額療養費制度、付加給付金制度の申請はしましたか はい・いいえ（以下の注意点をご確認ください。） ※ひと月の医療費が 21,000 円以上の場合、高額療養費の申請が必要な場合があります。 高額療養費や付加給付金の対象となる場合、窓口支払額から高額療養費制度により支給された額を控除した額が、補助金の対象額となります。さらに、医療費の自己負担額によって、健康保険独自の付加給付金が支給されることがあります。各保険者に高額療養費や付加給付金の申請をした後に、田原市へ補助金の申請をしてください。			
交 付 申 請 額		円	
交 付 決 定 額		※ 円	
婚姻関係又は事実婚を証 する 書 類		※ <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 市で確認（婚姻関係のみ）	
市内に住所を有することを証明 する 書 類		※ <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 市で確認	
戸籍と住民票の 情 報		※ <input type="checkbox"/> 前回と相違がないことを確認	
市税に未納のないことを証明 する 書 類		※ <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 市で確認	
受 給 者 番 号		※	

（注 1） 夫婦の住所を記入する。
（注 2） 単身赴任等で夫と妻が異なる場合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。
※欄は記入しないでください。
◎申請の際に、医療保険の資格情報が確認できるものを持参してください。