

行田市早期不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

行田市長

夫婦ともに過去に不妊治療費助成金を受給したことはないため、行田市早期不妊治療費助成金の交付を申請します。なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、市税等の確認、他自治体、医療機関、医療保険者等への照会）に係る調査について同意します。

申請者	夫	ふりがな			生 年 月 日	年 月 日 () 歳
		氏名				
		現住所	〒 -			
		電話番号	【自宅・携帯・その他 ()】 *日中連絡の取れる電話番号 - -			
		加入医療保険	高額療養費について	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証を使用 <input type="checkbox"/> 受給なし (高額療養費適用対象外)		
		附加給付等の受給状況等	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 加入医療保険において制度なし			
	妻	ふりがな			生 年 月 日	年 月 日 () 歳
		氏名				
		現住所	〒 -			
		電話番号	【自宅・携帯・その他 ()】 *日中連絡の取れる電話番号 - -			
加入医療保険		高額療養費について	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証を使用 <input type="checkbox"/> 受給なし (高額療養費適用対象外)			
	附加給付等の受給状況等	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 加入医療保険において制度なし				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
申請額	円 (1,000円未満切捨て)					
添付書類	<input type="checkbox"/> 行田市早期不妊治療実施証明書 <input type="checkbox"/> 不妊治療費の領収書及び明細書の原本 <input type="checkbox"/> 高額療養費等支給決定通知書又は限度額適用認定証の写し (受給を受けている場合) <input type="checkbox"/> 住所を確認できる書類 (夫婦のいずれかの住民票が本市以外にある場合) <input type="checkbox"/> 夫婦の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書 (夫婦で住所地が異なる場合) <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書 (婚姻の届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者であって、夫婦が同一世帯でない場合) <input type="checkbox"/> 夫婦の医療保険証の写し <input type="checkbox"/> 振込希望口座の口座名義及び口座番号が分かるものの写し					

助成金は、次の口座に振り込んでください。(行田市早期不妊治療費助成金の受領権限を次の口座名義の者に委任します。)

口座振込記入欄	金融機関名		支店名		種目	
	銀行 信用金庫 農協 信用組合		本店 支店 支所 出張所		1 普通 2 当座	
	金融機関コード		店舗コード	口座番号		
	フリガナ		検収		債権者コード	
	口座名義		年 月 日 印			

市確認欄

要件確認	<input type="checkbox"/> 法律上の婚姻関係にある夫婦又は事実婚関係にある夫婦である <input type="checkbox"/> 申請日に夫婦の双方又は一方の住民登録がある (住民となった日 申請者： 年 月 日 配偶者： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 助成金交付の申請に係る不妊治療を開始した日における妻の年齢が35歳未満である <input type="checkbox"/> 夫婦ともに、市税を完納している <input type="checkbox"/> 市が助成する他の不妊治療費助成金を受けていない <input type="checkbox"/> 保険適用として実施した助成金の対象となる不妊治療を行った夫婦である <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体からこの助成金に相当する補助金、助成金等の交付を受けたことがない <input type="checkbox"/> 医療保険各法における医療保険に加入している <input type="checkbox"/> 申請が、治療終了日から1年を経過した日までの期限内である			
市税等滞納の有無	市税等を <input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり	確認日 年 月 日 確認者 (所属：)		
助成額	治療費の総額 (A)	医療保険各法からの給付額 (B)	一部負担金 A-B (C)	支給額 (D) (C又は上限10万円)
	円	円	円	円