

第1号様式（第6条関係）

伊東市不妊等治療費助成金支給申請書

年 月 日

伊東市長 様

住 所  
申請者 氏 名 (印)  
電話番号

不妊等治療費助成金を支給されるよう、関係書類を添えて申請します。

なお、当該不妊等治療に係る伊東市以外の地方公共団体による助成（静岡県の補助金を除く。）は受けていません。

(フリガナ) 夫の氏名		夫 の 生年月日	年 月 日 ( 歳)
(フリガナ) 妻の氏名		妻 の 生年月日	年 月 日 ( 歳)
高額療養費の有無	有 ・ 無	金額	円
静岡県による補助の有無	有 ・ 無	補助額	円
任意の給付の有無	有 ・ 無	金額	円
受診した医療機関の 名 称			

- 私は、不妊等治療費助成金支給決定に当たり、内容確認のため、審査に必要な公簿の閲覧並びに関係機関への調査及び報告を求めることについて同意します。
- 私は、不妊等治療費助成金の支給後に、支給対象の治療に係る高額療養費又は任意の給付の決定を受けた場合は、その旨を伊東市長に報告します。

申請者署名 \_\_\_\_\_

(添付書類)

- 1 不妊等治療受診証明書（第2号様式）
- 2 自己負担額明細書
- 3 医療保険各法の被保険者証等の写し
- 4 不妊等治療を受けた医療機関等が発行した領収書
- 5 申請者が事実婚関係にある場合は、両人の戸籍全部事項証明書及び事実婚に関する申立書（第3号様式）
- 6 保険適用の支給対象治療を受けた場合は、限度額適用認定証等の写し
- 7 保険者から高額療養費や保険者の規約等の定めるところによる任意の給付の決定を受けた場合は、その額を確認することができる書類
- 8 静岡県による補助を受ける場合は、その額を確認することができる書類
- 9 その他市長が必要とする書類

(裏面)

【市担当者処理欄】

申請受理年月日	年 月 日	住民登録		所得確認		
過去伊東市の助成を受けた年度及び回数	年度 年度 年度	回 回 回	年度 年度 年度	回 回 回	不育症治療 年度 年度	回 回
今までの助成総額	円					
算定額	不妊治療費 (A)					円
	不育症治療費 (B)					円
	高額療養費 (C)					円
	県助成額 (D)					円
	任意給付 (E)					円
	助成金対象額 (A+B)-(C+D+E)					円
	助成金額					円
助成残額					円	

妻個人コード		夫個人コード		世帯コード		住民登録	
--------	--	--------	--	-------	--	------	--

【市受付者処理欄】

県補助金	県補助対象の治療	不育症先進医療 ・ 特定不妊治療 ・ なし
	県補助金の申請	あり ・ なし
	県補助金申請をしない理由	今回は申請しない ・ その他 ( )
高額療養費	① 保険適用の治療を受けた者	該当者なし ・ 夫のみ ・ 妻のみ ・ 夫婦二人とも
	② ①の保険の状況	(1)保険本人であり、被扶養者(配偶者・子・その他)あり (2)保険本人であり、被扶養者なし (3)保険本人は(配偶者・その他)であり、治療者のみが被扶養者 (4)保険本人は(配偶者・その他)であり、治療者の他にも被扶養者(子・その他)あり
世帯合算	不妊等治療期間と同月の①及び②の他医療機関での受診状況	他院での受診あり ・ 他院での受診なし (受診ありの場合記載例：○○月 ▲▲医院 ▽▽薬局 □□円)
	(参考)世帯合算対象：一人が同一の医療機関で月に21,000円以上の保険適用の治療の自己負担をしたもの(調剤を含む。)	