

訂正箇所がある場合は、
二重線を引き訂正してください
訂正印は不要です

申請の来所日をご記入ください

不妊治療等助成金支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所.....

氏 名.....

日中連絡が付き番号をご記入ください

電話番号 (.....) —.....

下記のとおり申請及び請求をします。

なお、申請に当たり、次のことを承諾します。

- (1) 対象者の住所地に関し、本市が助成事業に必要な範囲で調査すること。
- (2) 不妊治療等に関する助成金の支給状況に関し、本市が助成事業に必要な範囲で他の自治体と情報を共有すること。

夫婦お二人の情報を
ご記入ください

等の実施状況に関し、本市が医療機関、医療保険の保険者等に照会すること。
不妊治療等の助成事業に係る県の補助金を申請する際に、この助成金の支給に関する情報を利用すること。

記

対象者	1	ふりがな			生年月日	昭和	年	月	日
		氏名				平成			
	加入医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()						
		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者						
2	ふりがな			生年月日	昭和	年	月	日	
	氏名				平成				
加入医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者							
不妊治療等に要した期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
医療機関名	所在地	申請期間中の治療開始日と終了日をご記入ください							
	名称								
自己負担額合計		円	請求金額		円				
振込口	金融機関		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信託		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所				
			<input type="checkbox"/> 農林中央金庫		<input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店				

申請時の確認の結果、金額変更の可能性がありますので、空欄でお持ちください。

過去にこの助成金又はこれと同趣旨の助成等を受けたことがありますか。

ない ある→1回目 (年 月)・2回目 (年 月)
助成等を受けた市町村 ()

様式第3号（第5条関係）

刈谷市一般不妊治療等助成金受診等証明書

次の者については、次のとおり一般不妊治療（調剤を含む。）を実施し、これに係る費用（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地.....
 名 称.....
 主治医氏名.....
 診療科目.....

全て医療機関で
記入をお願いします

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

受診者	1	フリガナ 氏 名	生年月日	昭 和	年	月	日			
	2	フリガナ 氏 名	生年月日	昭 和	年	月	日			
貴医療機関における 治療開始年月日		平成 令和	年	月	日	人工授精 開始年月日	平成 令和	年	月	日
今回の治療期間		平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日
治療内容		<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回） <input type="checkbox"/> 人工授精（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）								
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
本人負担額の内訳	区分	診療分本人負担額				調剤分本人負担額				
	年 3月分	円				円				
	年 4月分	円				円				
	年 5月分	円				円				
	年 6月分	円				円				
	年 7月分	円				円				
	年 8月分	円				円				
	年 9月分	円				円				
	年10月分	円				円				
	年11月分	円				円				
	年12月分	円				円				
	年 1月分	円				円				
	年 2月分	円				円				
	合計金額	① 円				② 円				
領収金額（①+②）		円								

注意事項

- ・証明書の□は、該当項目にレ印を記入してください。
- ・費用助成の対象は、**不妊検査・一般不妊治療及び人工授精の保険適用のみ**です。
 文書料・食事療養費標準負担額・個室料等の直接的な治療費ではない費用は除いてください。