

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

刈谷市不妊治療等助成金支給申請書兼請求書

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 (.....) —

次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) 対象者の住所の状況に関し、市が助成事業に必要な情報を確認すること。
- (2) 不妊治療等に関する助成金等の支給状況に関し、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。
- (3) 高額療養費又は付加給付の支給状況等に関し、市が医療保険の保険者に確認すること。
- (4) 不妊治療等の実施状況に関し、市が医療機関、医療保険の保険者等に確認すること。
- (5) 偽りその他不正な手段により助成金の支給を受けた場合は、当該助成金の一部返還を求められることがあること。

夫婦お二人の情報を
ご記入ください

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------|---------|-------------|
| 対象者 | 1 | フリガナ 氏 名 | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | 加 入 医 療 保 険 | 保 険 者 名 | 保 険 者 連 絡 先 |
| | 2 | フリガナ 氏 名 | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | 加 入 医 療 保 険 | 保 険 者 名 | 保 険 者 連 絡 先 |
| 不 妊 治 療 等 に 要 し た 期 間 | | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 | |
| 本 人 負 担 額 合 計 (先進医療に係る技術料を含む。) | | 円 | 申請(請求)金額 | 円 | |
| 振 込 口 座 | 金融機関名 | | | | |
| | 種 目 | 口座番号 | | | |
| | 口座名義 (カタカナ) | | | | |

保険者名は、健康保険の運営主体(〇〇健康
保険組合など)
保険者連絡先は、保険者の電話番号をご記入
ください

申請期間中の治療開始日と終了日をご記入ください

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。

- 1 限度額の適用について、加入している医療保険の保険者(健康保険組合等)に確認し、その適用を受けましたか。
受けていない 受けた
- 2 高額療養費又は付加給付について、加入している医療保険の保険者(健康保険組合等)に確認し、助成を受けましたか。
受けていない 受けた→高額療養費(円)・付加給付(円)
- 3 及び4の質問は、生殖補助医療等に係る助成金を申請する場合に回答してください。
- 3 今回の申請は何回目ですか。→(回目)
- 4 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。
いいえ はい→助成等を受けた回数(回)
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等（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.....

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 | | | | 年 月 日 | |
| | 2 | フリガナ 氏 名 | | | | 年 月 日 | |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | | | | | | 年 月 日 | |
| 今回の治療期間 | | | 年 月 日 | ～ | 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（ ） | | | | |
| 妊娠の有無 | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 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 | 診費 | 調剤費 | 検査費 | 負担額 | 調剤分本人負担額 | |
| | 年 月分 | 今回申請される治療の結果、妊娠（妊娠届出書の作成）に至ったどうかご記入ください | | | | | 円 |
| | 年 月分 | | | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 年 月分 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 合計金額 | ① 円 | 円 | ② 円 | 円 | 円 | |
| 領収金額（①+②） | | | 円 | | | | |

注1 当該受診者に関して行った一般不妊治療等に係るもののみご記入ください。
 注2 □は、該当項目にレ印を記入してください。
 注3 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 注4 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。