

東かがわ市長

申請者 住所 _____
 (口座名義人と同一) 氏名 _____

東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）申請書

東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫氏名	-----	年 月 日生 (歳)
ふりがな 妻氏名	-----	年 月 日生 (歳)
住 所 (※1)	〒	電話 ()
住 所 (※2)	〒	電話 ()
申 請 の 額	金 _____ 円	
	(うち、男性不妊治療分を除いた額 金 _____ 円) (うち、男性不妊治療分の額 金 _____ 円)	
【今回の治療を保険診療で受診した場合】 当該受診者の健康保険の限度額適用認定証の適用区分等	限度額適用認定証の適用区分 (受診者ごとに該当区分に○をしてください) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明	<input type="checkbox"/> 受診者が妻 認定証の発行年月日 _____ 年 月 日 認定証の有効期限 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 認定証の発行年月日 _____ 年 月 日 認定証の有効期限 _____ 年 月 日
	過去に東かがわ市で生殖補助医療費助成を受けた後の出産（妊娠12週以降の死産を含みます。）の有無	該当する方に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→（出産前に受けた助成回数をリセットすることができます。その場合は戸籍謄本（死産の場合は母子健康手帳のページの写し等）が必要です。）
他自治体における助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。	
私たち夫婦に関して次の確認行為等が東かがわ市によってなされることに同意します。（※3）		
<input type="checkbox"/> 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課された東かがわ市の市税の納付状況の確認 <input type="checkbox"/> 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 <input type="checkbox"/> 東かがわ市以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供		
夫氏名 _____ (自署又は記名押印)	妻氏名 _____ (自署又は記名押印)	

(※1) 夫婦の住所を記入してください。 (※2) 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
 (※3) 東かがわ市における事務処理に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意し、プライバシーは厳守します。

(添付書類)

- 東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書（様式第2号）又は東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療【保険外診療】）受診等証明書（様式第3号）
- 医療機関発行の領収書（領収書により治療内容が確認できない場合は、治療明細書等の治療内容の分かる書類を含む。）
- 戸籍謄本
- 夫婦いずれか一方が東かがわ市以外の住民である場合は、当該者の住民票の写し
- 夫婦が事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第1号の2）
- 保険診療の場合、高額療養費の支給額証明書（負担限度額認定証の交付を受けて治療をした場合はその認定証）
上記、3、4については、申請の日前3か月以内に発行されたものの原本に限ります。

下欄には記入しないでください。(①保険診療 ②保険外診療)・(回数リセット□有 □無)

初回治療開始 時の妻の年齢	歳	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	決定年月日	交付・不交付