

様式第1号(第6条関係)

生駒市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 生 駒 市 長

生駒市不育症治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

(注) 1 太枠の中を記入してください。

2 申請期限は治療が終了した日(出産または流産の判定日)から3か月以内です。

申請日		年		月		日	
申請者	フリガナ			生年月日		年 月 日	
	氏 名						
	住 所	生駒市 電話番号() -					
(配偶者 パートナー)	フリガナ			生年月日		年 月 日	
	氏 名						
	住 所	生駒市 電話番号() - ※申請者と異なる場合のみ記入してください。					
・当該年度に生駒市以外の市町村で、不育症治療費の助成を受けていますか？ なし・あり(市町村名:)							
・今まで生駒市で不育症治療費の助成を受けたことがありますか？ なし・あり							
・夫婦のいずれにも市税等の滞納はありませんか？ はい・いいえ							
・申請した医療費に高額療養費や付加給付金の給付対象となる医療費は含まれますか？ はい・いいえ はいの場合はどちらかに○をして金額を記入してください。(高額療養費・付加給付: 円)							

不育症治療に要した費用(A) ※夫婦合算額								円
申請額【(A)×1/2と50,000円とのいずれか少ない額(1,000円未満切り捨て)】					0	0	0	円

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込先口座 (申請者名義)	金融機関名	銀行 信金 農協	店 名	本店 支店 出張所
	預 金 種 別	普通・当座		フリガナ
	口 座 番 号	口座名義		
【同意】 助成要件の審査のために必要があるときは、私及び私の配偶者の住民基本台帳及び市税の納付状況に関する情報を生駒市長が閲覧することに同意します。また、医療機関や、ご加入の健康保険組合等の関係機関に対し、治療内容や費用、および助成状況等について健康課職員が確認することに同意します。 申請者 _____ 配偶者 _____				

【添付書類】 **ご用意いただいた書類の確認欄のすべてに☑をつけてください。**

- ☐ 1. 生駒市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)
- ☐ 2. 生駒市不育症治療医療機関受診等証明書(様式第2号)＜医療機関記入＞
- ☐ 3. 医療保険各法の規定に基づく被保険者若しくは組合員又は被扶養者であることの証明書
- ☐ 4. 申請者本人名義の振込先口座を確認できるもの(預金通帳等の写し)

※5.6は該当する方のみ必要な書類

- ☐ 5. 夫婦どちらかの戸籍謄本(世帯全員の身分事項が記載されているもの)
- ☐ 6. 1) お二人ともの戸籍謄本またはお二人とも重婚でないことを証明する書類
2) 事実婚の関係に関する申立書(様式第3号)

生駒市 処理欄	市民年月日	申請者	年 月 日		配偶者	年 月 日	
	被保険者等確認						
	納税確認						
	婚姻確認	住基確認 ・ 戸籍謄本 ・ 事実婚の関係に関する申立書					
	医療機関証明			領収書		確認	受付
	決定年月日	年 月 日		交付 ・ 不交付			
	決定年月日	年 月 日		交付 ・ 不交付			
	交付決定額	円					