

総社市生殖補助医療費助成金給付申請書

年 月 日

総社市長 様

次のとおり生殖補助医療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、審査にあたり市が住民基本台帳、市民税課税台帳等の確認を行うこと及び必要な場合には、他の自治体及び医療機関へ照会することに同意します。

【受診した夫婦の情報等】

申請者 (口座名義人)	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
	加入している健康保険者名 (保険証発行機関名)	<input type="checkbox"/> 健康保険協会 ( 支部) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 生活保護		
限度額適用区分 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (※1) 参考				
夫又は妻	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
	加入している健康保険者名 (保険証発行機関名)	<input type="checkbox"/> 健康保険協会 ( 支部) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 生活保護		
限度額適用区分 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (※1) 参考				
<input type="checkbox"/> 事実上婚姻関係と同様の事情にある者(過去に同事情で助成を受けた者を含む。)				
申請の情報	1 生殖補助医療費助成申請回数 ①初回 ②通算 ( ) 回目 ②の場合、初めて申請した治療の開始時の妻の年齢 ( ) 歳 2 今回の治療を開始した時の年齢 妻 ( 歳 ) ・ 夫 ( 歳 ) 3 助成を受け妊娠し出産した場合は子の氏名と生年月日を記載 子の氏名 ( ) (生年月日 . . ) 4 妊娠12週以降に死産した場合は死産届又は死産証書の写し若しくは死産の事実が確認できる書類を添付			
申請区分	<input type="checkbox"/> 保険診療のみ →申請額①へ <input type="checkbox"/> 保険診療+先進医療 →申請額②へ <input type="checkbox"/> 保険外診療(全額自己負担) →申請額③へ			

(※1) 治療期間中のものを記入してください。限度額適用区分については、限度額認定証もしくはマイナ保険証(マイナポータル)で確認または加入している医療保険者にお問い合わせください。  
 総社市ホームページ掲載の「【参考】高額療養費制度・付加給付制度とは」をご確認ください。

【高額療養費等】

高額療養費の支給の有無(※2・3)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	→「有」の場合	受給額	円
付加給付金の需給の有無(※3)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	→「有」の場合	受給額	円

(※2) 限度額認定証はまたはマイナ保険証の利用により、医療機関窓口で支払った医療費(自己負担額)が自己負担限度額までとなった場合は、「無」に☑をいれてください。

(※3) 申請者または配偶者が、加入している医療保険から該当治療に関わる医療費等の高額療養費または付加給付金の給付を受ける場合(予定を含む。)は、「有」に☑を入れたうえ、受給額を記入してください。

※受給の要件や受給有無・受給額等が不明な場合は、加入している医療保険者にお問い合わせください。

**【生殖補助医療に関わる医療費及び申請等の情報】**

申請額 (1,000円未満切捨) ※別紙 計算式 で計算後記入のこと	① <input type="checkbox"/> 保険診療のみ (保険診療に係る治療費等として支払った額の5割。上限10万円)	※A _____ 円
	② <input type="checkbox"/> 保険診療と先進医療の併用診療 (保険診療：支払った額の5割。上限10万円) (先進医療：支払った額の7割。上限10万円)	※D _____ 円
	③ <input type="checkbox"/> 保険外診療 (全額自己負担) (支払った費用の7割。上限20万円)	※E _____ 円
<input type="checkbox"/> 当該治療に関して、他制度の補助及び他自治体から同様の助成金の交付を受けていません。または、受ける予定はありません。(確認後、 <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。)		

※A・D・Eは計算式(申請額)別紙1より記入してください。

**【口座情報】**

助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
(※) 口座名義人は、必ず申請書と同じ方としてください。 (※) ゆうちょ銀行の場合は、支店名義から口座番号欄までは、通帳見開き下部に記載されている振り込み用の店名・店番・預金種目・口座番号(7桁)を記入してください。				

○「提出書類チェックリスト」とともに必要書類を添付してください。

受付印欄	総社市記入欄		
	決定年月日	年 月 日	給付 ・ 不給付
	助成金額	円	