

富良野市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

富良野市長 様

住所
申請者
氏名

関係書類を添えて、下記のとおり、特定不妊治療費（生殖補助医療）の助成について申請します。

	夫	妻		
(ふりがな)				
氏名				
生年月日	年 月 日生れ（ 歳）	年 月 日生れ（ 歳）		
住所	〒 電話番号	〒 電話番号 ※夫と同じ場合は省略できます。		
申請額	① 自己負担額 (保険適用分)	円	② 付加給付額 (高額療養費等)	円
	助成申請額	円 *申請額=①-②		

※助成申請額は、上限10万円です。
※自己負担額には保険診療外による治療費を含めることはできません。

申請内容の確認、交付決定のため、住民基本台帳情報、市税の納付状況等の個人情報を閲覧すること、指定医療機関及び調剤薬局等へ照会すること、高額療養費制度等の利用状況について医療保険者へ照会することを承諾します。また、必要に応じて、他市町村に情報を照会、提供することについて同意します。	氏名（夫） _____ 氏名（妻） _____
--	--------------------------------------

※添付書類：裏面に記載しています。

市処理欄（以下の欄は記入しないでください）

市記入欄	申請者の状況等の確認 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続（ 回目・初回申請： 年 月） <input type="checkbox"/> 住民登録（夫： 有 ・無、妻： 有 ・無 ） <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証及び支給決定通知書（ 有・無 ） <input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 他市町村での助成（ 有・無 ） <input type="checkbox"/> 市税滞納（ 有・無 ） 確認印	<input type="checkbox"/> 助成決定 <input type="checkbox"/> 申請却下 審査担当者
------	--	---

<裏面> 添付書類は以下のものをご用意ください。

- ① 富良野市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（別記様式第2号）
- ② 医療機関等の発行する領収書及び明細書の写し
- ③ 院外処方がある場合は、薬局が発行した領収書及び明細書の写し
- ④ 夫婦のうち治療を行った者の医療保険加入者証の写し
- ⑤ 限度額適用認定証及び支給決定書の写し
- ⑥ 住民票
- ⑦ 戸籍謄本（事実婚の場合）
- ⑧ 事実婚関係に関する申立書（該当者のみ）（別記様式第3号）