

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

不妊治療等助成金支給申請書兼請求書

令和 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 (.....) —.....

下記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) 対象者の住所地に関し、本市が助成事業に必要な範囲で調査すること。
- (2) 不妊治療等に関する助成金の支給状況に関し、本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。

等の実施状況に関し、本市が医療機関、医療保険の保険者等に照

夫婦お二人の情報を
ご記入ください

記

対象者	1	ふりがな 氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
		加 入 医 療 保 険	保 険 者 名					
			保 険 者 連 絡 先					
		区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者					
	2	ふりがな 氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
		加 入 医 療 保 険	保 険 者 名					
保 険 者 連 絡 先								
	区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者						
不妊治療等に 要した期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
医療機関名	所在地	申請期間中の治療開始日と終了日をご記入ください						
	名称							
自己負担額合計		円	請 求 金 額	円				
振 込 口 座	金融機関名	番号 (.....)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 本店		
	種 目							
	口座名義 (カタカナで記)	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。						
過去にこの助成金又はこれと同		□ない □ある→1回目 (.....年.....月)・2回目 (.....年.....月)						
		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（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	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	2	フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
貴医療機関における治療開始年月日		平成 令和	年 月 日	人工授精開始年月日	平成 令和	年 月 日
今回の治療期間		平成 令和	年 月 日			
治療内容		<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>全て医療機関で 記入をお願いします</p> </div>				
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	診療分本人負担額	調剤分本人負担額			
	年 3月分	円	円			
	年 4月分	円	円			
	年 5月分	円	円			
	年 6月分	円	円			
	年 7月分	円	円			
	年 8月分	円	円			
	年 9月分	円	円			
	年 10月分	円	円			
	年 11月分	円	円			
	年 12月分	円	円			
	年 1月分	円	円			
	年 2月分	円	円			
	合計金額	① 円	② 円			
領収金額（①+②）		円				

注意事項

- ・証明書の□は、該当項目にレ印を記入してください。
- ・費用助成の対象は、**不妊検査・一般不妊治療及び人工授精の保険適用のみ**です。
 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。