

様式第1号（第5条、第7条関係）

刈谷市不妊治療等助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号 () -

次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）対象者の住所の状況に関し、市が助成事業に必要な情報を確認すること。
- （２）不妊治療等に関する助成金等の支給状況に関し、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。
- （３）高額療養費又は付加給付の支給状況等に関し、市が医療保険の保険者に確認すること。
- （４）不妊治療等の実施状況に関し、市が医療機関、医療保険の保険者等を確認すること。
- （５）偽りその他不正な手段により助成金の支給を受けた場合は、当該助成金の全部又は一部の返還を求めることがあること。

対象者	1	フリガナ			生年月日	年 月 日
		氏 名				
		加 入 医 療 保 険	保 険 者 名			
			保険者連絡先			
	区 分		☐ 本人 ☐ 被扶養者			
	2	フリガナ			生年月日	年 月 日
		氏 名				
		加 入 医 療 保 険	保 険 者 名			
			保険者連絡先			
	区 分		☐ 本人 ☐ 被扶養者			
不 妊 治 療 等 に 要 し た 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日				
本 人 負 担 額 合 計 (先進医療に係る技術料を含む。)		円		申請（請求）金額	円	
振 込 口 座	金融機関名					
	種 目		口座番号			
	口座名義人 (カタカナ)					

- 1 限度額の適用について、加入している医療保険の保険者（健康保険組合等）に確認し、その適用を受けましたか。
☐受けていない ☐受けた
- 2 高額療養費又は付加給付について、加入している医療保険の保険者（健康保険組合等）に確認し、助成を受けましたか。
☐受けていない ☐受けた→高額療養費（ 円）・付加給付（ 円）
- 3 及び4の質問は、生殖補助医療等に係る助成金を申請する場合に回答してください。
- 3 今回の申請は何回目ですか。→（ 回目）
- 4 過去にこの助成金又はこれと同趣旨の助成等を受けたことがありますか。
☐いいえ ☐はい→助成等を受けた回数（ 回）
助成等を受けた市町村（ ）