

申請者がご記入を
お願いします

小牧市不育症治療等補助金交付申請書

日付は記入しないでください

年 月 日

必ず口座名義人と同一の方でお願い
します

申請者
住所

氏名
(口座名義人と同一)
電話番号

印

捨印 次のとおり申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名 <自署の場合は押印の必要はありません。>	生年月日
	夫	() 印	年 月 日生 (歳)
	妻	() 印	年 月 日生 (歳)
	住所 (※1)	〒 -	電話番号 () 携帯電話 ()
	住所 (※2) (夫・妻)	〒 -	電話番号 () 携帯電話 ()
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 ()	【区分】本人・被扶養者
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 ()	【区分】本人・被扶養者
申請額	金 円		(1 治療期間上限 15 万円)

金額は記入しないでください

・過去に不育症治療に関する補助金 (これに類する給付金を含む。) を受けたことがありますか。
ない ・ ある → 過去 () 回受けた。最終申請：平成 () 年 () 月頃
補助金を受けた自治体 ()

・不育症治療等終了事由 (該当するものに○をお付けください)
出産・死産・流産・転出・その他 ()

今回の申請理由の該当するもの
に○をつけてください。

過去に小牧市不育症治療等補助金を申請された方は、「ある」に○をつけてください
他市町村で受けられた方についても、「ある」に○をつけてください。

(承認・不承認)
決定年月日

受給者番号

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦の住所をご記入ください。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合にご記入ください。

※3：補助額は、10円未満を切り捨てた額になります。

(添付書類) 1. 小牧市不育症治療等補助金受診等証明書

2. 不育症検査及び不育症治療中に支払った金額の領収書

3. 婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類

4. 住所地を証明する書類

5. 夫及び妻が市税(市県民税、固定資産税及び国民健康保険税に限る。)の滞納がないことを証明する書類

◎ 申請の際に、印鑑とご夫婦の健康保険証をお持ちください。

**申請者がご記入を
お願いします**

小牧市不育症治療等補助金交付に関する同意書

年 月 日

(宛先) 小 牧 市 長

日付は記入しないでください

対 象 者

**ご夫婦それぞれでご記入ください
印鑑も別のものでお願いします**

夫 氏 名

Ⓔ

妻 氏 名

Ⓔ

私たちは、小牧市不育症治療等補助事業に係る下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要がある場合に

1 次に掲げる小牧市が保有する私たちの情報を調査又は閲覧すること。

- (1) 住民基本台帳
- (2) 戸籍
- (3) 納税情報（市民税、固定資産税及び国民健康保険税に限る。）

2 過去の不育症治療に関する補助金（これに類する給付金を含む。）の受給歴について、小牧市に転入する前に住んでいた市町村に確認を行うこと。※

3 不育症治療及び不育症検査を受けた医療機関又は加入している保険者に照会すること。

※ 転入された方の転入前の市町村へ不育症治療に関する補助金（これに類する給付金を含む。）の受給歴を確認することがあります。また、夫婦で住民登録が異なる場合（愛知県内の市町村に限る。）は、本市以外の市町村に、不育症治療に関する補助金（これに類する給付金を含む。）の受給歴の確認を行うことがあります。

小牧市不育症治療等補助金受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症治療等(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費【保険適用外】を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄 (主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
本医療機関における治療開始年月日		年 月 日			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
診断名					
当該患者について、該当するものにチェックし、詳細についてはかつこ内に記載してください。					
<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他					
不育症治療等の内容					
本人負担額の内訳	区分	本人負担額 (保険適用外)			
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②		
		これは見本です 医療機関に記入してもらってください。			円
					円
					円
					円
					円
	円				
	円				
[今回の治療にかかった金額合計] 領収金額 円 (上記本人負担額①、②の合計額となります。)					

(注) 当該患者に関して行った保険適用外の不育症治療及び検査に係るもののみご記入ください。

小牧市不育症治療等補助金交付請求書

日付は記入しないでください

年 月 日

(宛先) 小牧市長

申請者と同じ氏名をお願いします

請求者 住所

氏名

印

次のとおり請求します

請求金額は記入しないで下さい

請求金額	円	
振込元	金融機関名	銀行・信用金庫・農協
	支店名	本店・支店・出張所
		普通 ・ 当座
振込元	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	

支店名の記入もお願いします

請求者と同じ氏名をお願いします

※消えるボールペンでは記入しないようにお願いします。