

三沢市不妊治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

三沢市長 宛

申請者 ^{ふりがな}氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

※太枠内のみご記入ください。

夫	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生（ 歳）
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 電話（ ）	
妻	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生（ 歳）
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 電話（ ）	

本申請における不妊治療に係る自己負担額 ①	円
高額療養費の給付額 ※該当する場合のみ ②	円
付加給付金の額 ※該当する場合のみ ③	円
申請額 (①-②-③)	円

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな 口座名義人			

申請にあたり、本申請の審査のために必要な下記の事項について同意します。

- ・医療機関、薬局へ治療内容等について確認すること。
- ・夫と妻が異なる住所である場合等、他自治体へ助成金の受給状況について確認すること。
- ・税情報及び住民基本台帳情報を調査・閲覧すること。
- ・高額療養費や付加給付金等の支給状況等を加入している健康保険組合等の保険者へ確認すること。

申請者氏名 _____

※以下、市事務処理欄

助成決定額 円	課長	課長補佐	係長	担当者	受付年月日	
					決定年月日	
					決定番号	
					受付者	
					発送番号	三健発第 号

添付書類については、裏面をご覧ください。

《添付書類》

- (1) 申請しようとする治療に係る領収書と診療明細書の原本及び様式第2号の文書料に係る領収書
- (2) 三沢市不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- (3) 健康保険証の写し
- (4) 高額療養費支給決定通知書または限度額適用認定証など的高額療養費制度による支給額がわかる書類の写し（該当者のみ）
- (5) 医療保険各法に基づく付加給付金額が確認できる書類の写し（該当者のみ）
- (6) 振込先通帳の写し（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義がわかるもの）
- (7) 夫婦の一方が市外に住所を有している場合、その住所地の住民票
- (8) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（夫婦が別世帯の場合に限る）
- (9) 事実婚関係にある方の場合、次のア～ウの書類
 - ア 治療当事者二人の戸籍謄本（重婚でないことが確認できるもの）
 - イ 治療当事者二人の住民票（同一世帯であることが証明できるもの。同一世帯でない場合はウにその理由を記載すること。）
 - ウ 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）
- (10) 夫婦又はいずれか一方が令和6年の1月1日時点三沢市外に住所を有していた場合は、その住所地における滞納がないことを証明するもの
※令和6年5月末までに申請する方で、令和5年12月31日時点で三沢市外に住所を有していた場合は、その住所地における滞納がないことを証明するもの