

様式第1号（第7条関係）

飛驒市特定不妊治療費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

飛驒市長 あて

申請者 住所
氏名
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり飛驒市特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。
申請の適正を判断するために必要な場合は、申請（助成）に係る他の地方自治体との情報の照会・提供及び医療機関や加入している健康保険組合等の保険者に対する治療内容等の同事業の実施状況を照会することについて同意します。

記

診療を受けた者の氏名（ふりがな）		生年月日
夫の氏名	()	年 月 日生 () 歳
妻の氏名	()	年 月 日生 () 歳
住所（夫婦の住所を記入）	〒 飛驒市	電話 ()
住所（夫が異なる住所の場合記入）	〒	電話 ()
居住意思の確認	引き続き飛驒市に居住しますか	・はい ・いいえ（理由：)
過去の助成の有無等 （該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください）	過去に飛驒市特定不妊治療助成を受けたことがありますか ・ない ・ある 〔男性不妊治療分除く〕 ・ない ・ある ある場合、過去 () 回受けた。 〔男性不妊治療〕 ・ない ・ある ある場合、過去 () 回受けた。	
今回の申請に関する他の助成等 （該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください）	高額療養費制度について該当しますか ・該当しない ・該当するため申請済（限度額：) 他の地方自治体の助成金の交付を受けることができますか ・できない ・できる（自治体名： 助成額：) ※給付及び交付を受けることができる額を対象経費から差し引いた額を申請してください	
申請額（男性不妊治療分除く）	金 _____ 円	・（治療における自己負担額。ただし、30万円を超える場合は30万円とする。）
申請額（男性不妊治療分）	金 _____ 円	・上限額30万円（精巣又は精巣上体内から精子を採取する手術を実施した場合に申請する。）
申請額合計	金 _____ 円	

職員記載欄

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
---------	-------	-------------------	-------

(添付書類)

- 1 飛驒市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 2 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書の写し
- 3 医療保険証の写し
- 4 住民票の写し等。ただし、法律上の婚姻の届出をしていない者については、住民票の写し等及び戸籍謄本の写し等