

高崎市不育症治療費等助成事業申請書

令和 年 月 日

(あて先)高崎市長

		(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	申請者	( )	昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)
	配偶者	( )	昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)
	住所(※1)	〒 ( ) 電話 ( )	
	住所(※2)	〒 ( ) 電話 ( )	

下記の内容に同意の上、関係書類を添えて申請します。

・助成の可否を決定するにあたり、住所及び婚姻関係の有無を確認するために、市が私たち夫婦の住民基本台帳情報を確認すること。

・先進医療として行う不育症検査を受けた場合、受診証明書(様式第2号)に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うこと。

今までの助成状況	今まで高崎市で不育症治療費の助成を受けたことが	ない	ある
	【ある場合】	( )年 ( )月頃	( )年 ( )月頃

不育症検査及び治療に要した額 (受診証明書の領収金額)	申請額 (上限額を超える場合は上限額)
金 円	金 円

振込指定 金融機関	金融機関名 ( 支店)	普通・当座・その他( )
※ご夫婦 どちらかの口座	フイカチ 口座番号	

□配偶者に不育症治療費等助成事業に係る助成金受領の権限を委任します。

※1 申請者の住所を記入。※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記入。

添付書類	必須	1 高崎市不育症治療費等助成事業受診証明書(様式第2号) 2 医療機関発行の不育症検査及び治療の領収書及び診療、調剤内容がわかる明細書(原本とコピー両方) 3 市指定の請求書 4 受診者の加入している健康保険が確認できる書類のコピー 5 振込口座が確認できるもののコピー
	必要に応じて	1 住民票(夫婦のどちらかが市外に住所を有する場合のみ) 2 戸籍全部事項証明書(別世帯、事実婚関係等で婚姻関係が確認できない場合のみ) 3 高崎市不育症治療費等助成事業における事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合)(様式第3号)

申請受理年月日	R . . 第 号	(承認・不承認)決定年月日	R . .
		受給者番号	