

見本

日付は空欄でご提出ください

様式第1号（第6条関係）
（宛先）鳴門市長

年 月 日

鳴門市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

申請（請求）者住所鳴門市撫養町南浜字東浜 170 番地

申請者と口座名義人は
同一氏名でお願いします。

氏名 鳴門 花子
電話番号 123-456-7890

印

シャチハタ印不可

鳴門市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

申請に伴い必要となる住民登録の有無、市税、市へ納付すべき保険料等の滞納の有無についての調査、医療機関への照会、助成金の受給状況を確認することに同意します。

	申請者		配偶者				
フリガナ	ナルト ハナコ 鳴門 花子		ナルト タロウ 鳴門 太郎				
治療期間 受診証明書と同一日を記入	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）				
治療期間	年 月 日～ 年 月 日		治療開始日の妻の年齢	歳			
治療区分	一般不妊治療	☐ タイミング法	☐ 人工授精	☐ 排卵誘発法			
	生殖補助医療	☐ 体外受精	☐ 顕微授精	☐ 男性不妊治療			
住 所	〒		※異なる場合のみ記入 〒				
	電話		電話				
国・県・他市町村に おける助成	次の内容をご確認いただき、該当される場合には□に☑をつけてください。 ☐ 本申請に係る治療の費用について、国・県・他市町村で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。						
今回申請する不妊 治療費に対する、 高額療養費や付加 給付の有無	高額療養費	☐ 受給あり ☐ 受給申請中（自動給付の場合の支給待ち含む） 適用区分○記入（ ア・イ・ウ・エ・オ・不明 ） ☐ 受給なし					
	付加給付	☐ 受給あり ☐ 受給申請中（自動給付の場合の支給待ち含む） ☐ 受給なし（加入医療保険に付加給付の制度がない場合を含む）					
申請金額	金 記入しないでください 円						
振 込 先	金融機関名	申請者と口座名義人は 同一氏名でお願いします。	支店名	支店コード			
	フリガナ 口座名義		口座番号	種別	普通	当座	

※振込先口座は、申請（請求）者に限ります。

※この助成金額と、国・県・他市町村からの助成金との重複がある場合、重複した額の払い戻しをしていただく場合があります。

【添付書類の説明を裏面に記載しています。裏面も必ずご確認ください。】

【添付書類】

1. 一般不妊治療を受けた場合、鳴門市不妊治療費助成受診等証明書（一般不妊治療実施分）、生殖補助医療を受けた場合、鳴門市不妊治療費助成受診等証明書（生殖補助医療実施分）
2. 院外処方を受けた場合、鳴門市不妊治療費等助成受診等証明書（院外処方における調剤分）
3. 不妊治療に要した費用（院外処方分含む）の領収書及び診療明細書（原本及び写し）
4. 夫婦の戸籍謄本
 - ・ 初回申請の場合（発行日から2か月以内のもの）
 - ・ 以下に該当する場合、写し
夫婦が鳴門市内の異なる住所に住民登録している場合、同一住所であるが世帯分離している場合、事実婚の場合
5. 助成回数のリセットを希望する場合（出産（妊娠12週以降の死産を含む）場合）、戸籍謄本または該当する出生児（死産児）の母子健康手帳の「表紙（保護者氏名が記入されていること）」と「出産の状態」のページ写し）
6. 事実婚関係に関する申立書
7. 保険者から高額療養費又は付加給付を受けた場合、限度額適用認定書又は明細書の写し
※申請後に高額療養費又は付加給付を受けた場合は申し出ください。重複した額の払い戻しをしていただきます。
8. その他、市長が必要と認める書類