

さぬき市長 殿

申請者 氏名 _____
 (口座名義人と同一)

このとり応援助成金交付申請書

さぬき市このとり応援事業(生殖補助医療費助成事業)実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫 氏 名		年 月 日生 (歳)
ふりがな 妻 氏 名		年 月 日生 (歳)
住 所 (※1)	〒 _____ 電話 ()	
住 所 (※2)	〒 _____ 電話 ()	
交付申請の額	金 _____ 円 (うち、男性不妊治療分を除いた額 金 _____ 円) (うち、男性不妊治療分の額 金 _____ 円)	
【今回の治療を保険診療で 受診した場合】 当該受診者の健康保険 の限度額適用認定区分	※不明の場合は、申請前に加入している健康保険者へ確認してください。 (受診者ごとに、該当区分に○をしてください。「認定あり」の場合は、適用区分が確認できる書類の写しが必要です。) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 認定あり (ア・イ・ウ・エ・オ) <input type="checkbox"/> 受診者が夫 <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 認定あり (ア・イ・ウ・エ・オ)	
過去にさぬき市で生殖補 助医療費助成を受けた 後の出産 (妊娠12週以降の 死産を含みます。)の有無	該当する方に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ (出産前に受けた助成回数をリセットすることができます。その場合は戸籍謄本又は母子健康手帳のページの写しが必要です。)	

(※1) 夫婦の住所を記入してください。 (※2) 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

添付書類等について、裏面をご確認ください。➡

【添付書類等】

- 1 こうのとりに応援事業受診等証明書（生殖補助医療【保険診療】）（様式第2号）又は（生殖補助医療【保険外診療】）（様式第3号）
- 2 医療機関等が発行した生殖補助医療に要した費用の領収書及びその明細書
- 3 **【保険診療の場合】**
 - ・健康保険の保険者が確認できるもの
（資格確認書やご自身のマイナポータルから保険者が確認できるページの写し等）
 - ・限度額適用認定区分が確認できるもの
（限度額適用認定証やご自身のマイナポータルから限度額適用認定区分が確認できるページの写し）
 - ・高額療養費や付加給付等の支給額を証明するもの（該当する場合）
- 4 誓約書兼同意書（様式第4号）
- 5 **【夫婦のいずれか一方がさぬき市外の住民である場合】**
 - ・当該者の住民票の写し（マイナンバーの記載のないもの）
- 6 **【出産等により助成回数をリセットする場合】**
 - ・（出産の場合）戸籍謄本又は母子健康手帳の「出生届出済証明」のページの写し
 - ・（12週以降の死産の場合）死産届の写し又は母子健康手帳の「出産の状態」のページの写し等
- 7 請求書（申請者名義の口座を記入してください。）
- 8 申請者名義の通帳等の写し
- 9 申請者の印鑑（認印で可）*訂正印として使用する場合があります。

※5の住民票の写し及び6の戸籍謄本については、申請日の前3か月以内に発行されたものの原本に限ります。

下欄には記入しないでください。（①保険診療 ②保険外診療）・（回数リセット□有 □無）

初回治療 開始時の 妻の年齢	歳	回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	
		診療種別・ 申請日							
		交付	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	