

大垣市一般不妊治療事業補助金交付申請書

年 月 日

大垣市長 様

申請者（※1 請求書の口座名義人と同一の方が自署・押印）  
〒

住所

氏名

印

電話番号

関係書類を添えて次のとおり、大垣市一般不妊治療事業補助金の交付を申請します。  
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。（※2）

対象者			(ふりがな) 氏 名	生年月日	
	夫		( )	年 月 日生 ( 歳)	
	妻		( )	年 月 日生 ( 歳)	
	住所 (※3)		〒 電話 ( )		
	加入医療保険	夫	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険名称】 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【被保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
妻		【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険名称】 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【被保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者			
過去の補助実績		無 ・ 有 有の場合、( )年度補助金等を受けた自治体(大垣市・ 市)			
申請額		金 円	(本人負担額の1/2で、1年度上限5万円) (※4)		
申請者氏名		(申請者の配偶者)			
		_____ 印	_____ 印		
(夫及び妻が自署若しくは記名押印)					
一般不妊治療事業補助金の交付決定に当たり、裏面の確認事項について本市が照会・確認することに同意します。					

<自治体記入欄>

申請受理年月日		決定内容	交付・不交付
決定年月日		受給者番号	

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：口座名義人と同一の方が、自署・押印してください。(大垣市内在住の方に限ります。)

※2：裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※3：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。

※4：1年度とは、3月から翌年2月までの診療分です。ただし、平成27年度は4月から翌年2月までの診療分です。

【 申請書類の提出について 】 申請を行う際、以下のものをご提出ください。

◎大垣市一般不妊治療事業補助金交付申請書(第1号様式)

◎申請書に添付する書類

- 1 一般不妊治療受診等証明書(第2号様式)
- 2 領収書等(原本をご持参下さい。原本はコピー後、お返しします。)
- 3 法律上の夫婦であることを証明する書類(※)
- 4 夫及び妻の住所地を証明する書類(※)
- 5 夫及び妻の前年(1月から5月までの申請にあつては、前々年)の所得額及び課税額を証明する書類(所得・課税証明書など)(※)
- 6 大垣市一般不妊治療事業補助金交付請求書(第3号様式)
- 7 事実婚関係に関する申立書(第3号様式の2)(事実婚の関係にある者に限る)

その他、申請する際には印鑑と健康保険証をお持ちください。

※なお、次の確認事項に同意され、本市で確認できる場合は、3～5は省略可。

【 確認すべき事項について 】

この補助金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの補助金等の以前の受給状況を照会するなど、補助金を交付するのに必要な次の事項について、本市が照会・確認させていただきますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

- 1 一般不妊治療事業の補助金等交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
- 2 一般不妊治療事業の補助金等交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。
- 3 法律上の婚姻をしている夫婦(いわゆる、事実婚を含む。)であること(戸籍)。
- 4 本市の住民であること及び一般不妊治療の治療期間及び申請日に住民であったこと(住民基本台帳)。
- 5 対象者の所得状況に関する資料を確認すること(前年(1～5月の申請にあつては、前々年)所得の状況)。
- 6 治療状況等について医療機関、調剤薬局等に照会すること。
- 7 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付(付加給付金)等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求めることがありますのでご承知ください。