

砺波市不妊治療費助成金交付申請書（兼請求書）

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請（請求）します。なお、本申請にかかる必要事項の確認のため、夫婦及び同一世帯家族の市税等の滞納状況及び住民基本台帳の情報について市が調査すること並びに加入保険等に規定する他の助成や他市町村での助成の有無について関係機関に問い合わせることに同意します。

記

	ふりがな 氏名	生年月日（この申請における治療開始日の年齢）
夫	砺波 太郎	平成〇年〇月〇日生（36歳）
妻	砺波 花子	平成〇年〇月〇日生（35歳）
住所	〒939-1395 砺波市新富町1番61号	電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
住所 ※夫と妻の住所が異なる場合	〒	電話
申請者兼請求者		
夫氏名 砺波 太郎 妻氏名 砺波 花子		

夫婦それぞれ自署
(押印不要)

申請額（男性不妊治療以外分）	△	円
申請額（男性不妊治療分）	△	円
申請額合計	△	円

記入しないでください

振込先	口座振替 指定金融機関	〇〇 銀行 金庫 〇〇 農協	本支店 支店 出張所	指定口座 ①普通 2当座					
	フリガナ 口座名義	トナミ ハナコ 砺波 花子	口座番号 (左詰で記入)	1	2	3	4	5	6
確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	砺波市	砺波市に1年以上居住していますか。 はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 砺波市から特定不妊治療費助成を受けたことがありますか。 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※有→初回治療開始年齢（34）歳 回数（3）回 初回が保険適用の治療ですか。 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>						
	<input checked="" type="checkbox"/>	保険適用	・高額療養費の限度額適用認定証 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> ・高額療養費の該当の有無 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※有→該当になる月（R5.5）月						
	<input checked="" type="checkbox"/>	他市町村	（砺波市への転入前に）他の自治体から特定不妊治療費助成を受けたことがありますか。 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※有→市町村名（〇〇市） 回数（2）回						
	<input checked="" type="checkbox"/>	出産リセット	特定不妊治療助成を受けた後に、出産等（12週以降の死産を含む。）はありますか。 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 該当となる場合リセットを希望しますか。 はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ※はい → 直近の出産等（R4年5月〇日）						

申請書 特定不妊治療費助成を受けた後（他の自治体での助成や保険適応前の助成も含む）、出産した場合と妊娠12週以降に死産に至った場合は、これまで受けた助成回数をリセットすることができます。
この記載例の場合、これまでの申請回数5回（砺波市3回、〇〇市2回）が、出産によりリセットされ、新たに1子につき6回申請ができます。