

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

申請者と以下の申請者記入欄にご記入ください。申請者名は「補助金等交付請求書」の口座名義人と同じにしてください。

申請者

住 所 安曇野市

氏 名

電 話

安曇野市不妊・不育症治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

交付を取り消され、又は交付する額を超える補助金等が交付されたため、補助金等の返還を求められた時は、納期限までに納付します。

なお、納期限までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額(その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既に納付した額を控除した額)につき年10.95パーセントの割合で計算した遅延損害金を併せて市に納付します。

申請者記入欄

氏 名		生年月日		安曇野市での住民登録開始	
夫		年 月 日		年 月 日から	
妻		年 月 日		年 月 日から	
過去の出産の有無	無・有(回)	申請回数		回目 (前回申請 年度)	
高額療養費制度の利用	無・有	高額療養費支給額		円	
<p>高額療養費制度の利用の有無や支給額は保険者(健康保険証などに記載されています)にお問い合わせ下さい。</p>		<p>支給された金額を証明する書類を添付してください。(例:支給決定通知書)</p>			
		(夫) 氏名		印	
		(妻) 氏名		印	

市記入欄

受付 No. _____ (回目、前回 年度申請)	市税等の滞納に関する確認 有 ・ 無	
住民登録確認	夫 年 月 日登録・登録無	妻 年 月 日登録・登録無
他の地方公共団体助成額	円	
高額療養費支給額	円	
助成決定額	円	

(裏面もご記入ください。)

様式第1号(第6条関係)

裏面は医療機関で記入してもらいます

治療終了日

・医療機関及び保険薬局証明欄

申請年度の不妊治療期間	年 月 日から	年 月 日まで
治療名：	※ 治療費（薬剤費）のうち自己負担額	
	円	
<p>年 月 日</p> <p>次の者については、不妊治療又は不育症の治療のため、これに係る医療費等を領収したことを証明します。</p> <p>(夫) 氏名 _____</p> <p>(妻) 氏名 _____</p> <p>医療機関・保険薬局 住所 _____</p> <p>氏名 (名称) _____ (印)</p>		

※申請年度（4月1日から翌年3月31日まで）内の不妊治療又は不育症治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入してください。

※治療費（薬剤費）は、不妊治療又は不育症治療に関する治療費、検査料及び医薬品代をいいます。入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等治療に関係のないものについては含めないでください。

・自己負担額の内訳（医療機関証明欄）

治療年月	自己負担額		市記入欄	
	治療分		治療分	備考
年4月		円	円	
5月		円	円	
6月		円	円	
7月		円	円	
8月		円	円	
9月		円	円	
10月		円	円	
11月		円	円	
12月		円	円	
年1月		円	円	
2月		円	円	
3月		円	円	
合計		円	円	

上記の自己負担額の領収書の原本を申請時に必ず提出してください。なお、提出できない方は、領収書の原本とそのコピーをお持ちください。