

安曇野市不妊・不育症治療費助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

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助成金が交付されたため、助成金の返還を求められたときは、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の開始	
夫		年 月 日		年 月 日から	
妻		年 月 日		年 月 日から	
① 申請回数	回目 (前回申請 年度)	② 高額療養費・付加給付制度の利用		無 ・ 有	
③ 高額療養費・付加給付支給額	円	④ ②及び③について加入健康保険組合へ確認をした		はい ・ いいえ	
○助成の申請に当たり、私の戸籍情報、住民情報、税情報及び市税等の滞納情報について、照会・調査・閲覧することに同意します。					
○本申請について他の地方公共団体に照会すること及び証明書の内容について医療機関等へ照会することに同意します。					
(夫) 氏名					
(妻) 氏名					

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	
本人負担額	円		
他の地方公共団体助成額	円		
高額療養費・付加給付支給額	円		
助成決定額	円		

(裏面もご記入ください。)

・医療機関及び保険薬局証明欄

今回の不妊治療期間	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	
年 月 日 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。 (夫) 氏名 _____ (妻) 氏名 _____ 医療機関・保険薬局 住所 氏名（名称） ⑩		

※1 治療期間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費用は含みません。

・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 月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
月	円	円	
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。