

相模原市特定不妊治療費助成金交付申請書（保険適用への円滑な移行支援分）

相模原市長 あて

関係書類を添えて下記のとおり年度をまたいで終了した特定不妊治療費の助成を申請します。

申請に当たり、相模原市長が支給の決定に関して、必要に応じて課税資料等の個人情報を見直し確認することを同意します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体及び神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成を担当する部署に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。

※申請期間は治療終了日から数えて60日以内です。
※太枠の中をご記入ください。

		記入日	年	月	日
氏名		生年月日			
ふりがな		昭和			
申請者		平成	年	月	日（歳）
ふりがな		昭和			
配偶者		平成	年	月	日（歳）
申請者住所	電話				
配偶者住所	※夫婦の住所が異なる場合は記入し、配偶者が市外の場合は住民票を添付してください。 電話				
婚姻日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 事実婚関係 ※初めて助成を受ける場合は、戸籍謄本または抄本を添付してください ※事実婚の場合は、申立書を添付してください				
過去の助成状況	<input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことはない。 <input type="checkbox"/> 本市で不妊治療費の助成を受けたことがある。（回数： 回） <input type="checkbox"/> 本市以外で助成を受けたことがある。（自治体名： 回数： 回）				
その他	初めて助成を受けた（る）治療開始日【 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 出産等による助成回数のリセットを行う ※令和3年度までの申請回数が上限に達している場合のみチェック ※リセットを行う場合は以下も記載してください。（妊娠12週以降に死産に至った場合は記載不要） 対象の子【氏名： 】【生年月日： 年 月 日】				
申請額	特定不妊治療分 (男性不妊治療分除く)	金 円 ※治療に要した費用。ただし治療A,B,D,Eで30万円を超える場合は30万円 治療C,Fで10万円を超える場合は10万円とする。			
	男性不妊治療分	金 円 ※治療に要した費用。ただし30万円を超える場合は30万円とする。			
	合計	金 円			

(添付書類)

- 相模原市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（保険適用への円滑な移行支援）
 - 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書の原本又は写し
 - 夫婦の住所地を証明する書類
 - 市内同一世帯：戸籍謄本または戸籍抄本（初回申請時のみ要提出）
 - 市内別世帯：戸籍謄本または戸籍抄本（毎申請時要提出）
 - 一方が市外在住で別世帯：戸籍謄本または戸籍抄本及び市外在住者の住民票（毎申請時要提出）
 - 事実婚：両者の戸籍謄本または戸籍抄本及び市外在住者の住民票（毎申請時要提出）
- 4 事実婚：申立書
 助成回数リセット希望：戸籍謄本または妊娠12週以降に死産に至ったことを証明する書類

受付印

事務処理欄	添付書類確認	<input type="checkbox"/> 受診等証明書 <input type="checkbox"/> 領収書原本又は写し <input type="checkbox"/> 戸籍謄本（抄本） <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他（ ）													
	受給者番号	申請者											住	夫婦同世帯の有無 有 無	指令第 号
		配偶者											民		
	前住所地確認	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（照会先：夫【 】妻【 】） <input type="checkbox"/> 済													
	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 継続申請（3・6回中 回目）	助成回数リセット該当 有 無						<input type="checkbox"/> 戸籍謄本（抄本） <input type="checkbox"/> 死産届等							
治療内容	A	B	C	D	E	F	男性不妊	初治療開始年齢	歳	本申請治療開始年齢	歳				