

沼田市不育症治療費助成金交付申請書

沼田市長 様

沼田市不育症治療費助成実施要綱に基づき、次のとおり不育症治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に当たり、沼田市の公簿等により住所、婚姻関係及び市税等の納付状況にかかる調査を行うことに同意します。

申 請 者		(ふりがな) 氏 名	(生 年 月 日)	
	夫		年 月 日生	
	妻		年 月 日生	
	住 所	〒 電話 ()		
	住 所 (2) (単身赴任等で夫婦の 住所が異なる場合)	〒 (夫・妻) 電話 ()		
*助 成 金 額 交 付 申 請 額		円	*申請年度内の治療に要した夫婦負担 額の2分の1(千円未満は切り捨てる。)を助成対象額とし20万円を限度 額とします。	
助 成 金 の 振 込 先	(フ リ ガ ナ) 口 座 名 義 人		金融機関名	
	*申 請 者 い ず れ か の 口 座		支 店 名	
	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号	

各種保険の給付金の証明書	有 ・ 無
--------------	-------

添付・確認 書 類	1 沼田市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書(別記様式第2号)
	2 振り込み先通帳の写し
	3 その他の書類
	単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合で、沼田市の公簿等により住所、婚姻関係及び市税等の納付状況が確認できないときは、必要に応じて当該夫婦のうち住民登録が市外にある者の住民票の写し、戸籍謄本及び市税等の滞納がないことを証する書類を添付する。
4 申請者(夫婦)の本人確認書類(マイナンバーカード、資格確認証、運転免許証、健康保険証、パスポート等) (該当書類に○を付ける)	

*沼田市 処理欄	申 請 受 理 日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受 付 番 号			交付 ・ 不交付

(裏面)

沼田市不育症治療費助成事業のご案内

沼田市不育症治療費助成事業は、不育症の治療をされているご夫婦の経済的な負担を軽減するため、不育症治療に要する医療費の一部助成を行うものです。	
助成を受けるための要件	●不育症治療をしている法律上の婚姻関係にある夫婦 ●申請日の1年以上前から沼田市に住所を有する者 ●医療保険加入者 ●市税等の滞納をしていない者
助成対象となる不育症治療	●医師が認めた不育症治療で、医療保険診療及び医療保険適用外の不育症治療となります。(申請に係る文書作成料、入院時の差額ベット代、食事代などは、助成の対象にはなりません。)
助成内容	●助成対象額は、1月1日から12月31日までの1年間における不育症治療及び検査の負担額(国又は地方公共団体、各医療保険等で不育症治療に要する費用に対して給付がされた場合はその額を控除した額)の2分の1(千円未満は切り捨てる。)です。 ●助成額は、年額20万円が上限です。 ●助成回数は、夫婦1組に対して、1年度に1回、通算5回を限度とします。
申請期間	●4月1日から翌年2月末日までに申請してください。
医療機関	●不育症治療についての医療機関の指定はありません。
申請に必要な書類と留意事項	●申請に必要な書類等 ①申請書(別記様式第1号：健康課に所定の様式があります。) 助成金の振込口座は、申請者の口座に限ります。 ②医療機関受診証明書(別記様式第2号：健康課に所定の様式があります。) 文書作成手数料は、医療機関規定の費用が必要です。 ③限度額認定証、各種保険の給付金の証明書をお持ちの方は、その写しを提出してください。 ④振り込み先通帳の写し ⑤その他の書類(領収書原本…証明書の領収金額と一致するもの) - 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合で、沼田市の公簿等により住所、婚姻関係及び市税等の納付状況が確認できないときは、<u>住民登録が市外にある者の住民票の写し、戸籍謄本及び市税等の滞納がないことを証する書類(完納証明書又は非課税証明書)を添付してください。</u> ⑥申請者(夫婦)の本人確認書類(マイナンバーカード、資格確認証、運転免許証、健康保険証、パスポート等) (該当書類に○を付ける)
助成金の交付	●助成金の交付が決定した場合は、申請者に交付決定通知書を送付するとともに、申請書記載の口座に助成金を振り込みます。
助成金の不交付	●要件に該当しないなど助成金を交付できない場合は、不交付決定通知書を送付します。

沼田市不育症治療費助成金交付申請書

記入時の注意点

沼田市長 様

沼田市不育症治療費助成実施要綱に基づき、次のとおり不育症治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に当たり、沼田市の公簿等により住所、婚姻関係及び市税等の納付状況にかかる調査を行うことに同意します。

申 請 者		(ふりがな) 氏 名	(生 年 月 日)	
	夫		年 月 日生	
	妻	★ 例：合計額99,000円の場合、その2分の1は49,500円で、申請額は49,000円です。(千円未満は切り捨てます。) ★ 高額療養費等に該当した場合は、該当額を引いた2分の1の額です。	年 月 日生	
	住 所		()	
	住 所 (2) (単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合)		(夫・妻) ()	
* 助 成 金 額 交 付 申 請		円	* 申請年度内の治療に要した夫婦負担額の2分の1(千円未満は切り捨てる。)を助成対象額とし20万円を限度額とします。	
助 成 金 の 振 込 先	(フ リ ガ ナ) 口 座 名 義 人		金融機関名	
	* 申 請 者 い ず れ か の 口 座		支 店 名	ゆうちょ銀行の場合は店番
	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号	

各種保険の給付金の証明書	有 ・ 無
--------------	-------

添付・確認書	1 沼田市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書(別紙様式第2号) 2 振り込み先通帳の写し 3 その他の書類 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合で、沼田市の公簿等により住所、婚姻関係及び市税等の納付状況が確認できないときは、必要に応じて当該夫婦のうち住民登録が市外にある者の住民票の写し、戸籍謄本及び市税等の滞納がないことを証する書類を添付する。 4 申請者(夫婦)の本人確認書類(マイナンバーカード、資格確認証、運転免許証、健康保険証、パスポート等) (該当書類に○を付ける)
--------	---

* 沼 田 市 処 理 欄	申 請 受 理 日	年 月 日	交 付 決 定 日	年 月 日
	受 付 番 号			交 付 ・ 不 交 付