

さぬき市長 殿

申請者 住所 _____
 (口座名義人と同一)
 氏名 _____

このとり応援助成金交付申請書

さぬき市このとり応事業(生殖補助医療費助成事業)実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫氏名	_____	_____年 月 日生 (歳)
ふりがな 妻氏名	_____	_____年 月 日生 (歳)
住 所 (※1)	〒 _____ 電話 () _____	
住 所 (※2)	〒 _____ 電話 () _____	
交付申請の額	金 _____ 円	
	(うち、男性不妊治療分を除いた額 金 _____ 円) (うち、男性不妊治療分の額 金 _____ 円)	
【今回の治療を保険診療で 受診した場合】 当該受診者の健康保険の限 度額適用認定証の適用区分 等	限度額適用認定証の適用区分 (受診者ごとに、該当区分に○をしてください) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明	<input type="checkbox"/> 受診者が妻 認定証の発効年月日 _____年 月 日 認定証の有効期限 _____年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 認定証の発効年月日 _____年 月 日 認定証の有効期限 _____年 月 日
	過去にさぬき市で生殖補助医療費助成を受けた後の出産(妊娠12週以降の死産を含みます。)の有無	該当する方に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(出産前に受けた助成回数をリセットすることができます。その場合は戸籍謄本又は母子健康手帳のページの写しが必要です。)
他自治体における助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。	
私たち夫婦に関して次の確認行為等がさぬき市によってなされることに同意します。(※3) <input type="checkbox"/> 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課されたさぬき市の市税の納付状況の確認 <input type="checkbox"/> 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 <input type="checkbox"/> さぬき市以外の自治体その他関係機関への本申請に係る情報の照会・提供		
夫氏名(自署)	_____	妻氏名(自署) _____

(※1) 夫婦の住所を記入してください。 (※2) 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
 (※3) さぬき市における事務処理に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意し、プライバシーは厳守します。

