

みよし市不妊治療費助成事業に関する同意書兼申告書

年 月 日

(宛先)みよし市 長

対象者 (夫) 住 所
氏 名
(妻) 住 所
氏 名

私たちは、みよし市不妊治療費の助成に関する下記の事項について同意および申告します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項について閲覧すること。
なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。
(1) 戸籍…法律上の夫婦であること等を確認します。
(2) 住民基本台帳…市内に住所を有すること等を確認します。
(3) 治療内容など…医療機関に照会する場合があります。

1.

高額療養費及び付加給付金の 該当はありましたか。	はい ・ いいえ
-----------------------------	----------

高額療養費・付加給付金等の支給について、**支給があった場合は○**を記入してください。
(支給が無ければ記載不要です。)

3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月

2. 今回申請する治療費について、限度額適用認定証を使用した方は**認定証区分に○**を付けてください。(使用していなければ記載不要です。)

ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ

※同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の本人負担額が高額になった場合、高額療養費の申請が必要です。ご不明な場合は、加入している健康保険組合等にご確認ください。

※加入されている健康保険組合等によって、高額療養費や付加給付金等により助成された金額は除きます。

高額療養費・付加給付金等の支給があった場合、返還された金額が確認できる書類の写しの提出が必要です。(給付決定通知書や不妊治療費の本人負担額とそれ以外の診療分の本人負担額の詳細がわかるもの(様式は任意))

※本市より高額療養費等の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがあります。

3. ご夫婦のどちらかが他市町村に住民票がある場合は、お住まいの自治体へ、受給状況を確認することがあります。