

様式第1号(第5条関係)

いすみ市不妊治療費助成金交付申請書

いすみ市長 様

申請日	年 月 日	申請回数：第 回目(前回申請： 年度)
申請者	夫	<input type="checkbox"/> いすみ市に住民票を移した日 年 月 日 生
	妻	<input type="checkbox"/> いすみ市に住民票を移した日 年 月 日 生
	住所	〒 いすみ市 TEL 婚姻届を出した日 年 月 日
	住所(2) ※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合	〒 いすみ市 (夫・妻) TEL
千葉県特定不妊治療費助成金受給の有無	有・無	不妊治療対象児 第 子
不妊治療費総額	円	申請年度内の治療に要した負担額の合計から県特定不妊治療費助成金を差し引いた額
助成金申請額	円	上記の2分の1の額(千円未満は切捨て)10万円を上限とする
助成金の振込先 (申請者いずれかの口座)	(フリガナ) 口座名義人	()
	金融機関名	支店名
	口座種別	普通・当座

私は、いすみ市不妊治療費助成金の交付に必要な事項として、次の事項について閲覧又は調査することに同意します。

- 市税及び国民健康保険税の納入状況を閲覧すること。
- 住民基本台帳を閲覧すること。
- 千葉県特定不妊治療費助成金の申請及び受給の有無について調査すること。

夫氏名 _____

妻氏名 _____

※ 裏面のご記入もお願いします

添付書類	1 不妊治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) 2 医療保険証の写し 3 不妊治療費の領収書
------	--

いすみ市処理欄

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号			交付・不交付	円

(裏面)

いすみ市不妊治療費助成事業のご案内

<p>いすみ市不妊治療費助成事業は、不妊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、以降の不妊治療に要する医療費の助成を行うものです。</p>	
助成を受けるための要件	<ul style="list-style-type: none">●不妊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年以上前からいすみ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
助成対象となる不妊治療費	<ul style="list-style-type: none">●不妊治療費及び不妊治療に付随する検査費等の治療に要する費用が助成対象になります。 (不妊診断のための検査費は対象になりません。)●医療保険適用外の不妊治療費も対象となります。●県の特定不妊治療費助成事業と重複して、市の助成も受けることができます。 (注) 申請に係る文書作成料などは、助成対象に含めることはできません。
助成内容	<ul style="list-style-type: none">●助成対象額は、当該年度内の不妊治療費の夫婦負担額の2分の1(千円未満は切り捨てる)です。●助成額は、夫婦一組に対し、1年度(4月から翌年の3月まで)につき10万円が上限です。●助成回数は、夫婦1組に対して、通算3回(3年度)までです。1年度につき1回の申請です。
申請期間	<ul style="list-style-type: none">●申請年度(4月1日～翌年3月31日)に受けた不妊治療は、原則としてその年度内に行ってください。やむを得ない理由で申請期限を過ぎてしまう場合は、あらかじめ健康高齢者支援課までご連絡ください。 (注) 診療期間完了後、必ず1箇月以内に市に申請してください。
医療機関	<ul style="list-style-type: none">●不妊治療についての医療機関の指定はありません。 (注) 千葉県が助成する特定不妊治療については、指定医療機関が定められています。
申請に必要な書類と留意事項	<ul style="list-style-type: none">●申請に必要な書類等<ul style="list-style-type: none">①申請書(様式第1号)<ul style="list-style-type: none">* 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(様式第2号)<ul style="list-style-type: none">* 文書作成手数料は、医療機関規定の費用が必要です。③医療保険証の写し
助成金の交付方法	<ul style="list-style-type: none">●助成が承認された場合に、申請者に通知するとともに、申請書記載の口座に助成金を振り込みます。
助成金申請の不承認	<ul style="list-style-type: none">●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。