

様式第1 (第6条関係)

安城市一般不妊治療等助成金支給申請書

××年××月××日

安城市長

申請者住所

〒 446-8501
安城市桜町 18 番 23 号
SAKURA アパート 201 号

記入見本

氏名 安城 花子

(※) 安城

電話番号 090-1234-5678

(※) 本人が手書きし

・手書きであれば、押印不要です。
・押印した場合、訂正印はこの印と同じ印鑑でお願いします。

(注) 太枠の中をご記入ください。

対象者	区分	(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	(あんじょう たろう) 安城 太郎	××年 ××月 ××日生 (××歳)
	妻	(あんじょう はなこ) 安城 花子	××年 ××月 ××日生 (××歳)
振込先	金融機関名	ゆうちょ 銀行 信用金庫 農協 二一八 本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) (あんじょう はなこ) 口座名義人 安城 花子
口座番号		0 4 4-0 1 5 0	
<p>○今回申請する治療費について付加給付金・高額療養費の支給の市の助成を受けましたか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受けていない。 ・受けた。 →別途添付書類が必要です。 			
付加給付金 (8,324 円)		高額療養費 (円) 他市 (円)	
申請額	金 記入しないでください 円		本人負担 (1,000円) 等は除いた額の 1/2

口座名義人は申請者氏名と同一をお願いします。口座名義人と申請者氏名が異なる場合は申請時に委任状の記入が必要です。(印鑑をお持ちください。)

- * 限度額適用認定証：医療機関の窓口に表示すると、窓口での負担が限度額までになります。その場合は、高額療養費の欄への記載は不要です。治療前に、加入している保険組合等にお問い合わせください。
- * 高額療養費：国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合など公的医療保険に共通した制度です。医療費の負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う額が1か月で上限額を超えた場合、その超えた額が支給される制度です。ご加入の医療保険に申請し、払い戻された場合は、その内容が分かるものをお持ちください。
- * 付加給付金：高額療養費とは別で、さらに医療費が払い戻される制度です。国民健康保険や協会けんぽには制度がありません。健康保険組合や共済組合などでも、ご加入の医療保険によって異なる独自の制度で、制度そのものがないこともあります。付加給付金を受けた場合は、その内容が分かるものをお持ちください。
※生命保険契約などで支給されるお金ではありません。

【保険診療における医療費の概要】

自己負担額 (医療費の3割)			法定給付 (医療費の7割)
実際の自己負担額	付加給付金による払い戻し	高額療養費制度による払い戻し	