

様式第1 (第7条関係)

安城市生殖補助医療費助成金支給申請書

年 月 日

安 城 市 長

申請者 住 所 〒

氏 名 (※)

電話番号

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

(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	()		年 月 日生 (歳)			
	妻	()		年 月 日生 (歳)			
異 なる とき。	夫の住所						
	妻の住所						
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所		
	預 金 種 別	普通	(ふりがな) 口座名義人		()		
		当座					
口 座 番 号						(左詰め記入)	
○今回申請する治療費について付加給付金・高額療養費の支払又は国若しくは他の地方公共団体から類似する助成を受けましたか。 ・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 (円) 高額療養費 (円) 他市等の助成 (円)							
申 請 額	金	円		本人負担額の1/2。1クールにつき上限20万円 (1,000円未満端数切捨て)			
申 請 回 数	初 回	回 目					
受 理 年 月 日			(承認・不承認) 決 定 年 月 日				

備考 事実上婚姻関係にある者にあつては、「夫」の欄には事実上婚姻関係にある男性に関する
ことを、「妻」の欄には事実上婚姻関係にある女性に関することを記入してください。

令和6年4月

様式第2（第7条関係）

安城市生殖補助医療費助成金支給に係る公簿等の閲覧に関する同意書

年 月 日

安 城 市 長

対 象 者

(夫)本籍地

住 所

氏 名

(※)

(妻)本籍地

住 所

氏 名

(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

私たちは、安城市生殖補助医療費助成金支給に係る下記の事項について同意します。

記

- 1 安城市長が助成金支給の審査のために必要な次の事項の閲覧すること。
 - (1) 住民基本台帳…（治療期間中に本市に住所を有していること及び夫婦であることを確認します。）
 - (2) 戸籍…（法律上の夫婦であること（事実上婚姻関係にある場合には別の者と婚姻関係にないこと）を確認します。）
- 2 安城市長が高額療養費、付加給付金支給について健康保険組合等に確認をすること。

加入されている健康保険組合等によっては、医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分について、高額療養費、付加給付金等の独自に医療費の助成をする制度があります。この支給を受けたかどうかを、加入されている健康保険組合等の保険者に確認することがあります。また、支給を受けたことが申請後に判明した場合、助成金の返還を求められることがありますので、ご承知おきください。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。

備考 事実上婚姻関係にある者にあつては、「夫」の欄には事実上婚姻関係にある男性に関することを、「妻」の欄には事実上婚姻関係にある女性に関することを記入してください。

令和6年4月