

安城市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 号室  
氏名 安城 花子

電話番号 090-1234-5678

記入見本

安城

(注) 太枠の中をご記入ください。

・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。

対象者	区分	(ふりがな) 氏名	
	夫	( あんじょう たろう 安城 太郎 )	昭和 50 年 4 月 1 日生 ( ×× 歳 )
	妻	( あんじょう はなこ 安城 花子 )	昭和 54 年 10 月 1 日生 ( ×× 歳 )
者	夫の住所	夫婦の住所が異なる時のみご記入ください	
	妻の住所		
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) 口座名義人	( あんじょう はなこ 安城 花子 )
	口座番号	0 0 4 0 1 5 0 5	口座名義人は申請者氏名と同一でお願いします。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。)
○今回申請する治療費について付加給付金・高額療養費の支払を受けてま <del>受けていない</del> ・ 受けた。 → 付加給付金 ( 8.324 ) 円 高額療養費 ( ) 円			
申請額	金	記入しないでください 円	本人負担額の 1/2 で、 1 年度上限 5 万円 (千円未満端数切捨て)
受給者番号		受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日

付加給付金：支払った医療費から、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。

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。多くの場合は、事前に準備した限度額適用認定証を医療機関に提示すると、窓口での医療費の負担が自己負担限度額だけになります。その場合は、記載する必要はありません。一旦、自己負担をされた方で、ご加入の医療保険に事後申請をし、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。

【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	高額療養制度による払い戻し	