南国市特定不妊治療費助成金 (移行支援分) 交付申請書

年 月 日

南国市長 様

申請者氏名 ㊟
(本人自筆の場合は押印不要)

南国市不妊治療費助成金交付要綱第4条第3項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫氏名		年 月 日生 (歳)	
ふりがな 妻氏名		年 月 日生 (歳)	
住所 (※1)	〒	電話	
住所 (※2)	〒	電話	
申請額 (※3)	金 _____ 円		
他の自治体から受けた又は受ける予定の助成の有無	☐ 申請に係る特定不妊治療 (移行支援分) に関する助成を受けたことはない。 ☐ 申請に係る特定不妊治療 (移行支援分) に関する助成を受けたこと又は受ける予定がある。 (受けた又は受ける予定の合計回数 _____ 回) 受けたこと又は受ける予定がある場合は、自治体名・助成金額・助成時期を記入してください。		
	自治体名		
	助成金額	円	円
	助成時期	年 月	年 月
高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱 (不妊治療の保険適用への円滑な移行支援分) に基づく助成	「不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書」の通知日 (※4) <div style="text-align:right;">年 月 日</div>		
同意書	裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。(※5) 夫氏名 _____ ㊟ 妻氏名 _____ ㊟		
※1 : 夫婦の住所を記入してください。 ※2 : 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。 ※3 : 特定不妊治療 (移行支援分) に要した費用のうち、助成対象者が負担した額の合計額から申請に係る特定不妊医療 (移行支援分) に関して、他の自治体から受けた又は受ける予定のこの助成金に相当する助成金の額及び高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱 (不妊治療の保険適用への円滑な移行支援分) に基づき交付された高知県の助成金の額を控除した額について、1回限り、10万円を限度として助成します。 ※4 : 申請の期限は、「不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書」の通知日から起算して1年以内です。 ※5 : 夫及び妻がそれぞれ自署又は記名押印をしてください。			

(裏面に続く)

【添付書類】

- (1) 法律婚の場合
 - ア 戸籍抄本その他の婚姻関係を証明できる書類（申請日において、夫婦が南国市の住民基本台帳上同一世帯である場合は不要）
- 事実婚の場合
 - ア 夫婦それぞれの戸籍謄本
 - イ 夫婦それぞれの住民票の写し
 - ウ 事実婚関係に関する申立書（様式第2号の2）
- (2) 医療機関等の発行した不妊治療に係る領収書及び明細書
- (3) 夫及び妻の医療保険各法に定める被保険者証の写し
- (4) 夫及び妻の南国市税の滞納のないことの証明書
- (5) 高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱（不妊治療の保険適用への円滑な移行支援分）の規定に基づき高知県に提出した「不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関受診等証明書」の写し（写しがない場合は、不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関受診等証明書（南国市提出用）（様式第3号の4））
- (6) 高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱（不妊治療の保険適用への円滑な移行支援分）の規定に基づき高知県から交付を受けた「不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書」の写し
- (7) その他市長が必要と認める書類

【確認すべき事項について】 同意書 ※5

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本市が照会・確認させていただくことがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

- (1) 不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
- (2) 不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。
- (3) 不妊治療時において、本市に住所を有する者であることを住民基本台帳により確認すること。
- (4) 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- (5) 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付金）等について、保険者へ照会すること。なお、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られることがありますのでご承知ください。