

鹿児島市不妊治療費助成事業申請書

鹿児島市長 殿

鹿児島市不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

なお、助成の可否を決定するにあたり、高額療養費、付加給付等の支給について、鹿児島市が健康保険組合等の保険者へ確認すること、また、助成要件確認のため鹿児島市が保有する住民基本台帳等の公簿等により確認することに同意します。

		申 請 日	年 月 日		
		ふりがな			
		氏 名	生 年 月 日		
申請者			年 月 日生 (歳)		
申請者との続柄 夫・妻 事実婚 () (※1)			年 月 日生 (歳)		
住所 (※2)	〒		電話 ()		
住所 (※3)	〒		電話 ()		
①自己負担額		円	第2号様式に記載の金額		
②医療保険の給付等		円	高額療養費、付加給付等		
③申請額		円	(①-②) ÷ 2 (上限5万円)		
加入医療保険 (夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者 【保険者名】 () 【記号番号】 ()				
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者 【保険者名】 () 【記号番号】 ()				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	(ふりがな) 口座名義人		口座 番号		
申請受理年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
④交付決定額		円	受給者番号		

(注) 太枠の中をご記入ください。
 ※1 事実婚の場合はカッコ内に○をご記入ください。
 ※2 夫婦の住所を記入してください。
 ※3 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。