

今治市不妊治療等に係る費用の助成金交付申請書兼請求書

治療を受けた方  
 ※夫・妻の両方が治療を受けた場合は  
 どちらでも可。

（宛先）今治市長

住 所 今治市別宮町 1 丁目 4-1  
 申請・請求者 氏 名 今治 花子  
 電話番号 0898-36-1553

令和4年 ○月 ○日

不妊治療等に係る費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求をします。

※太枠の中をご記入ください。

記

自署

同下 意記 事欄 項	ふ り が な	夫 いまばり たろう	妻 いまばり はなこ
	氏 名	今治 太郎	今治 花子
	生 年 月 日	昭和○年 ○月 ○日	平成○年 ○月 ○日
夫婦の住所が異なる場合の住所			

- 1 助成金の交付要件を確認するため、市が個人情報公簿等により確認すること。
- 2 市が個人情報公簿等により確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること。
- 3 市が不妊治療等の実施に関して診療報酬明細情報等を保険者に照会すること。
- 4 市が不妊治療等の実施に関して治療を行った保険医療機関等に照会すること。
- 5 偽りその他不正の行為により助成を受け、又は受けようとした場合は、助成金の交付決定を取り消し、既に申請者に対して交付した助成金の全部又は一部を返還させること。

市 (担当課) 記入欄	対象となる年月	令和4年 7月分
	対象月における不妊治療等に係る一部負担金の計	(A) 100,100 円
	高額療養費の給付がある場合は、その金額	(B) 20,000 円
	附加給付、助成金等、給付金等がある場合は、その金額	(C) 0 円
	交 付 請 求 額	(A - B - C) 80,100 円

添付書類	1 今治市不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書（別記様式第2号） 2 被保険者証、組合員証又は加入者証の写し 3 高額療養費の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 4 保険医療機関等が発行する不妊治療費等に係る費用の領収書及び明細書 5 その他 ( )
------	--

振込口座	金融機関名	支店名等	預金種別	口座番号						口座名義人(カナ)
	伊予銀行 金庫 組合 農協	今治支店 支所	1 当座 2 普通	0	1	2	3	4	5	6

申請者名義の口座。※申請者以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です。