別記様式第１号

新潟市不育症治療費助成事業申請書

年　　　　月　　　日

（宛先）新潟市長

申請者（受診者）

住　所　　　　　新潟市

氏　名

　関係書類を添えて不育症治療費の助成を申請します。

　新潟市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、治療状況に関して実施医療機関に照会すること、妊産婦医療費助成受給の調査をすること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答することに同意します。

　助成金給付後に、他の助成（高額療養費・付加給付等）を受けていることが判明した場合は、納期限までに助成金の全部又は一部を返還することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付  申請額 | ア 出産等を扱った医療機関　　　　　　　　　　　円（自己負担額）  イ 検査・治療のみ実施した医療機関　　　　　　　円（自己負担額）  ウ 保険薬局　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（自己負担額）  自己負担額合計（ア＋イ＋ウ）　　　　　　円  交付申請額（自己負担額合計の1/2）　　　　　　円（助成上限額10万円） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者  本　人 | 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 加　入  医療保険 | 種　別 | | □国保　　□健保　　□船員  □共済　　□その他 | | | | | | | | 区　分 | | | □本人  □被扶養者 | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | |
| 配偶者 | 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　※受診者と異なる場合のみ記載 | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 今回申請する不育治療に対する、高額療養費や付加給付の有無 | 高額療養費 | □受給有り　　　　□受給手続中（自動支給の場合の支給待ちを含む）  □受給無し | | | | | | | | | | | | | | | |
| 付加給付 | □受給有り　　　　□受給手続中（自動支給の場合の支給待ちを含む）  □受給無し（加入医療保険に付加給付の制度が無い場合を含む） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先  （申請者本人の口座に限る） | 金融機関名 | 銀行・信用組合　　　　　　　本店  農協・信用金庫　　　　　　　支店 | | | | | | | | | | | | | | | □普通  □当座 |
| 口座番号  （左詰記入） |  |  | |  |  |  |  | |  | （ふりがな）  口座名義人 | | | （　　　　　　） | | | |

※新潟市で確認できない場合は、証明書類（住民票の写しや戸籍謄本等）の提出が必要です。

**【添付書類の説明等を裏面に記載しています。裏面も必ずご確認ください。】**

（裏）

【注意事項】

１　交付申請額

　　対象となる治療に要した医療費の自己負担額の１/２を助成します。ア～ウには、各受診証明書に記載された自己負担額の金額を記載し、交付申請額に１/２の額を記載してください。受診証明書の提出がないものは、空欄のままとしてください。

２　受診証明書

保険薬局で投薬を受けた費用（院外処方の薬代）に対する助成を希望する場合は、医療機関の証明書とは別に保険薬局からの証明書を提出してください。また、出産等を扱った医療機関で不育症治療を実施していない場合は、受診証明書の提出ができないため、出産等がわかる書類（母子健康手帳の「表紙」と「出生届出済証明」のページ等）を提出してください。

３　事実婚関係に関する提出書類（事実婚の方のみ）

　　事実婚関係に関する申立書と両人それぞれの戸籍謄本を提出してください。

４　高額療養費や付加給付の給付額等が記載された関係書類の写し

　　加入している医療保険（以下「保険者」といいます。）から、今回申請する不育治療に対して高額療養費の支給や付加給付を受けられた（受けられる）方は、提出してください。

５　「新潟市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること」「妊産婦医療費助成受給の調査」に同意いただけない場合は、申請書表面の該当部分に二重線を引いてください。その場合、別途資料の提出が必要となりますので、ご了承ください。

＜高額療養費・付加給付とは＞

　高額療養費：医療機関や保険薬局の窓口で支払った自己負担額が、暦月（１日から末日まで）で自己負担額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度

付加給付：自己負担額が高額になった場合に、高額療養費とは別に、各保険者が定めた基準に従って独自に行われる給付

　　高額療養費及び付加給付については、自動支給される場合や申請手続きが必要な場合など保険者によって支給方法が異なるため、加入している保険者にお問い合わせください。

|  |
| --- |
|  |

※この欄は、新潟市で使用しますので、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要　件  確　認 | * 市内在住 | * 法律婚　　□事実婚（事実婚申立書あり） | | 確認者 |  |
| 支　給  確　認 | 高額療養費　　□有　　□無 | | 付加給付　　□有　　　□無 |