

年 月 日

大村市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

大村市長 様

大村市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請し、及び請求します。

申請者	ふりがな 氏 名	印		年 月 日生（ 歳）		電話：	
	現 住 所	〒					
配偶者	ふりがな 氏 名			年 月 日生（ 歳）		電話：	
	現 住 所	〒 ※配偶者と同居所の場合は「同上」					
申請額（請求額） （千円未満切捨て）		①保険適用の 本人負担額	②高額 療養費	③附加 給付費	④差引額 （①－②－③）	申請額（請求額）	
	☐ 一般不妊治療 【年度内申請回数】 初回・（ ）回目	円	円	円	円	円 □ 1 の年度上限 5 万	
	☐ 生殖補助医療 【年度内申請回数】 初回・（ ）回目	円	円	円	円	円 □ 1 の年度上限 1 5 万	
	☐ 先進医療 【年度内申請回数】 初回・（ ）回目	①先進医療に要した金額 ②長崎県助成決定額 ③差引額 円 - 円 = 円 申請額（請求額）円（上限額：1 回につき 5 万円まで）（※） 県の交付決定日が申請年度内（4 月～翌年 3 月）にある治療分が申請の対象となります。 （※） ③差引額が 50,000 円以上の場合は 50,000 円、50,000 円未満の場合は③の額					
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協・組合			本店・支店・出張所		
	金融機関番号				金融機関支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号（左詰）			
	（フリガナ） 口座名義人						
☐ 大村市が、審査に必要な範囲で、住民基本台帳の情報及び市税の納付状況を調査することに同意します。							
☐ 大村市が、他の地方公共団体における助成状況を確認し、及び本市における助成状況を提供することに同意します。							
☐ 大村市が、治療状況に関して医療機関に照会することに同意します。							
☐ 助成金の交付後に助成要件を満たしていないことが判明した場合は、大村市が指定する納期限までに助成金を返還することについて同意します。							
年 月 日							
申請者氏名 配偶者氏名							
（大村市民に限る。口座名義人と異なる場合は委任状が必要）							

⇒裏面で申請前に添付書類に漏れがないか確認してください

確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。	
	1 婚姻関係	
	☐ 法律婚	☐ 事実婚 （事実婚関係申立書（様式第3号）が必要です。）
	2 高額療養費・附加給付の支払	
	☐ 受けていない	☐ 受けた（給付等の金額が確認できる書類の写しが必要です。）
3 確認項目（該当しない場合は助成の対象となりません。）		
	☐ 今回の治療費用に対する助成金を、他の地方公共団体に申請・受領していない	

種 別	☒	添 付 書 類
共 通	☐	振込先の口座情報（金融機関名・支店・口座番号・口座名義人）が分かるものの写し
一般不妊治療及び生殖補助医療の場合	☐	大村市不妊治療費助成金に係る受診等証明書（様式第2号）
	☐	助成対象経費に係る領収書その他支出を証する書類又はその写し
	☐	（高額療養費・附加給付金等の給付を受けた場合） 給付額が確認できる書類又はその写し
先進医療の場合	☐	長崎県不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
	☐	長崎県不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
夫婦が別世帯の場合	☐	申請者の戸籍全部事項証明書（発行日から3か月以内の原本）
夫婦が事実婚の場合	☐	事実婚関係申立書（様式第3号） 夫婦それぞれの戸籍全部事項証明書（発行日から3か月以内の原本）

申請書類に不備又は不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

【注意事項】

- ※1 助成金の交付決定（不交付決定）の通知は、申請者の住所に郵送します。
- ※2 助成金の給付後に、助成要件を満たしていないことが判明した場合は、大村市が指定する納期限までに助成金を返還していただきます。また、納期限までに返還いただけない場合は、延滞金が発生します。
- ※3 大村市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳の情報及び市税の納付状況を調査することに同意いただけない場合は、別途、関係書類の提出が必要となりますので、ご了承ください。