

(あて先)八代市長

令和 年 月 日

助成要件チェック欄

- 医療機関において不妊症と診断された夫婦(事実婚含む)であること
- 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること
- 治療開始から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が、八代市の住民基本台帳に記載され、今後も本市に1年以上居住する意思があること
- 夫婦のいずれも市税の滞納がないこと
- 他の市区町村で、今回の申請に係る助成金等の給付を受けていないこと

上記事項を承認した上で、関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。併せて、申請者及び配偶者の市税等の納付状況を照会することに同意します。なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

申請者	氏名	フリガナ() Ⓜ ※シャチハタ印不可	S・H	年	月	日生	歳
	住所	〒					
配偶者	氏名	フリガナ() Ⓜ 署名又は 記名・押印	S・H	年	月	日生	歳
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 〒					
今回の治療期間		令和	年	月	日(歳)	～	令和 年 月 日
A 自己負担額	B 高額療養費	C 附加給付金等	D 市助成基準額 (A-B-C)		E 助成限度額		
円	円	円	円		50,000円		
申請金額 ※DとEの少ない方の額 ※金額訂正不可							円
累計支給済額(市記入欄)		円	決定額(市記入欄)		円		

◆振込先 ※申請者と口座名義人は同一

金融機関名		支店名		預金種別
銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 支所・出張所		普通・当座
口座 番号		口座名義人	フリガナ()	

〈添付書類〉1. 八代市生殖補助医療費助成金給付受診等証明書(様式第2号) 2. 領収書の写し

3. 口座番号がわかる通帳またはキャッシュカードの写し 4. 保険証の写し(治療をした者)

※5. 自己負担額が1ヶ月21,000円を超える場合は、高額療養費、附加給付金等が確認できる書類の写し(医療費通知等)

※6. 夫婦いずれか市外の住所の場合、住所地発行の「未納がない証明書」(納税証明書等) ※7. 申立書(事実婚の方)

〈申請書受付期限〉 治療を終了した日の属する月の初日から起算して1年以内の日まで

八代市記入欄

添付書類 <input type="checkbox"/> 1 受診等証明書(様式第2号)	妻コード		市税滞納	有・無
<input type="checkbox"/> 2 領収書の写し ※ <input type="checkbox"/> 5 医療費通知等	妻住民日		給付	可・不可
<input type="checkbox"/> 3 通帳等の写し ※ <input type="checkbox"/> 6 納税証明等	夫住民日		相手方番号	
<input type="checkbox"/> 4 保険証の写し ※ <input type="checkbox"/> 7 申立書				

八代市記入欄 (不妊治療以外の治療費が合算されている場合に添付)

※不妊治療費分の払戻し額を算出

高額療養費は、同一人物が2か所以上の医療機関または外来、入院でそれぞれ1ヶ月21,000円以上の個人負担があれば、合算して限度額を超えた分が払戻しされる。

同一世帯でも同様、世帯員が21,000円を超えれば世帯合算。

B 高額療養費					
月	不妊治療費分の個人負担額①	個人負担額②	割合 ①÷② ≒③	附加給付金等 ④	不妊治療に係る払戻し分 ④×③
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
合計					円

②④は、医療費通知等に記載された当該月の金額

① ②の差額が1000円未満は、割合は100%とする

※附加給付金 (高額療養にならない場合も、附加給付等の払い戻しの制度がある場合がある) 保険者への申請は不要。支給額は通知書等でお知らせがあるので、加入保険者に確認が必要。

C 附加給付金等					
月	不妊治療費分の個人負担額①	個人負担額②	割合 ①÷② ≒③	附加給付金等 ④	不妊治療に係る払戻し分 ④×③
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
月	円	円	%	円	円
合計					円

②④は、医療費通知等に記載された当該月の金額

①②の差額が1000円未満は、割合は100%とする