

能美市子宝支援給与金支給申請書(一般不妊治療)

年 月 日

能美市長 宛て

- 1 能美市子宝支援給与金支給条例の規定により、給与金の支給を受けたいので申請します。
- 2 本申請の審査に必要な範囲で、住所、戸籍、所得等の確認を行うことに同意します。
- 3 本申請の審査に必要な範囲で、医療機関に証明内容等の確認を行うことに同意します。
- 4 本申請の審査に必要な範囲で、本給与金と同様の制度に基づく受給実績等について、転出入の他市町村及び他県に確認を行うことに同意します。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

※夫又は妻

(注)太枠の中を御記入ください。

		夫		妻	
フリガナ					
氏名					
生年月日		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)	
住所		〒 能美市		□夫と同じ 〒 能美市	
電話番号		( ) -		( ) -	
初めての 治療開始年月日		年 月 日			
加入医療保険	保険者名称				
	保険者番号				
	被保険者名				
	高額療養費該当の有無		無 ・ 有 … 申請済 ・ 未申請(領収書返却)		
	同じ月に同一保険(被用者が同じ)内で 一部負担金21,000円以上支払った家族の有無		無 ・ 有 … 申請済 ・ 未申請(領収書返却) 続柄( ) 年 月分		
振込先	金融機関		支店		普通預金 口座番号
	銀行 金庫 農協		支店		口座名義(カタカナ) ※夫又は妻

《申請期限》 治療を受けた月の翌月初日から起算して、2年以内に申請してください。

《添付書類》

- 1 能美市子宝支援給与金医療機関証明書(一般不妊治療)  
(院外薬局分は、薬局からの証明も必要です。)
  - 2 領収書(原本) ※原本の返却が必要な場合は、コピーも併せて提出してください。
  - 3 振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカード(写し)
  - 4 夫婦それぞれの健康保険証(写し)
- ※ 必要に応じて上記添付書類以外にも書類の提出を求めることがあります。

※市処理欄

	不妊治療に要した本人負担額	申請金額	給与金決定額
年目	円	円	円
年目	円	円	円
合計	円	円	円