

宇都宮市不妊治療(生殖補助医療等)支援制度申請書

記載例

宇都宮市不妊治療(生殖補助医療等)支援制度の助成を受けるため、宇都宮市の実施する夫と妻についての以下の状況調査に同意し、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
・夫婦の住所と世帯 ・市税納付状況 ・他自治体での受給状況また、個人番号(マイナンバー)を利用した情報提供ネットワークシステム等により、住民票情報の確認を行うことに同意します。

(注)太線内をご記入ください。

記

申請者(対象者)	夫	妻	
	ふりがな	うつのみや たろう	うつのみや はなこ
	名前	宇都宮 太郎	宇都宮 花子
	生年月日	(S) H ●●年 3月 8日 今回の治療開始時の年齢 38歳	(S) H ○○年 4月 1日 今回の治療開始時の年齢 37歳
申請について	個人番号(マイナンバー)	1234 5678 9012	0
	住所	〒 320-8540 宇都宮市 下目1番5号 ミヤリーマンション308号室	080 - 1234 - 5678
	不妊治療が保険適用化された令和4年4月1日以降に開始した不妊治療についてご記載ください。	【なし(初回)の場合】 治療を受けた方が治療を受けていた期間に加入していた健康保険組合を選択(☑)してください。	【あるの場合】 本市での助成以外に、他自治体で助成を受けたことがある、または申請中の場合は、その助成履歴(内容)を記載してください。 他自治体では助成を受けたことがあるが、本市での助成が初めての方は”なし(初回)”にも選択(☑)をお願いします。 (例) 転入前住所地で受けた助成、夫婦で別住所に住民登録がある場合の助成 など
	●該当する制度を選択(☑)してください。	●令和4年4月1日以降に開始した不妊治療 ☑なし(初回)・・・治療を受けた者が治療開始前に加入していた健康保険組合を選択 ☐国民健康保険 ☑全国健康保険協会 ☐()健康保険組合 ☑ある・・・二重助成がないことを確認するため、助成を受けた自治体名・回数の記載 ☐助成履歴: 宇都宮市 で (1) 回助成を受けた。 ☐助成履歴: ○○都・道・府・県(市)町 で (2) 回助成を受けた。⇒ 以前の治療 ・ 今回の治療(申請中を含む)	●該当する制度の申請状況等を選択(☑)してください。 ・マイナ保険証又は限度額適用認定証使用 ☑有(区分→ ア・イ・ウ・(エ)・オ) ☐無 マイナ保険証又は限度額適用認定証を使用した場合は、区分に○をつけてください。 ※ 本市の助成制度を初めて申請する方で、保険適用健康保険組合へ高額療養費等の請求をした後に ・他医療費助成制度の資格について ☑妊産婦医療費助成 ☐重度心身障がい者医療費助成 助成申請日時点において有する医療費助成制度の資格を選択(☑)してください。 ※ 認定期間は、治療終了日の翌月から翌年の治療終了日同月末まで
申請内容	治療金額(領収金額)	助成申請金額	
	自己負担金額(生殖補助医療) 金 円	金 円	
振込先	自己負担金額(先進医療) 金 円	金 円	
	受診等証明書に記載された領収金額(自己負担金額)を転記します。 上段には、受診等証明書中の①または②の金額 下段には、受診等証明書中の③の金額を記載してください。	金 円	
振込先		口座番号(7ケタ)	口座名義人※申請者名義に限る(フリガナ)
●助成金の振込について		助成申請書を受付後、約3か月で指定口座へお振込みいたします。 振込日の約1週間前、振込額・振込日等が記載された支払通知書を送付いたします。	

市事務処理欄

受理番号	決定日
高額療養費、付加給付等	備考
記入不要	
チェック欄	
・宇都宮市不妊治療(生殖補助医療等)	
・宇都宮市不妊治療(生殖補助医療等)	
・生殖補助医療に要した金額を【高額療養費や付加給付等を受給した金額】として記載してください。	
【夫婦が市内で別住所の場合】 戸籍謄本(市区町村発行のもの)	
【夫または妻の住所が市外の場合】 戸籍謄本(市区町村発行のもの)、住民票(マイナンバー記載で添付の省略が可能)	
【事実婚の場合】 戸籍謄本(市区町村発行のもの)、事実婚関係に関する申立書	