

（宛先）高松市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 （口座名義人と同一）  
 氏名 \_\_\_\_\_

高松市不育症治療費等助成金交付申請書

高松市不育症治療費等助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫氏名	昭 和 年 月 日 生 平成 ( 歳)
ふりがな 妻氏名	昭 和 年 月 日 生 平成 ( 歳)
住 所 (※1)	〒 _____ 電話 ( )
住 所 (※2)	〒 _____ 電話 ( )
交付申請額	検査・治療に係る自己負担額のうち _____ 円 自己負担額の7/10 (1円未満切り捨て)、 上限50,000円
過去の高松市不育症治療費等助成金申請の有無(先進医療を除く)	該当する方に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
他自治体における助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体や他の制度による助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。
私たち夫婦に関して次の確認行為等が高松市によってなされることに同意します。(※3) (1) 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課された高松市の市税の納付状況の確認 (2) 医療機関に対する治療内容等の照会 (3) 高松市以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供 夫氏名 _____ ④ 妻氏名 _____ ④ (自署又は記名押印) (自署又は記名押印)	

(※1) 夫婦の住所を記入してください。(※2) 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。  
 (※3) 高松市における事務処理に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意し、プライバシーは厳守します。

(添付書類)

- 高松市不育症治療費等助成事業受診等証明書（様式第2号）  
 ※同一治療期間内に複数の医療機関を受診した場合は、医療機関ごとに1通必要です。
  - 証明書に記載している領収金額のうち、医療機関発行の領収書及び治療内容が分かる明細書等が揃っているものを助成対象とします。  
 ※受診等証明書の院外処方欄に「有」に○がある場合は、領収書及び明細書が揃っているものについて助成の対象となります。
  - 戸籍全部事項証明（戸籍謄本）（次のいずれかに該当する場合に限る。）  
 (1) 高松市において初めて、不育症治療又は不妊治療に関する助成金の交付を申請する場合  
 (2) 夫婦が別世帯の場合  
 (3) 夫婦が事実婚関係にある場合（両人の戸籍全部事項証明が必要）
  - 夫婦いずれか一方が高松市以外の住民である場合は、当該者の住民票の写し
  - 夫婦が事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第1号の2）
- ※3、4については、申請の日前3か月以内に発行されたものの原本に限ります。

下欄には記入しないでください。

治療開始時の	( 回目)	( 回目)	( 回目)	( 回目)	決定年月日	交付・不交付
妻の年齢	歳					