

（宛先）高松市長

申請者 住所 _____
 （口座名義人と同一）
 氏名 _____

高松市こうのとりのり応援事業助成金交付申請書

高松市こうのとりのり応援事業（生殖補助医療費助成事業）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	昭和平成	年 月 日生 (歳)
ふりがな 妻氏名	昭和平成	年 月 日生 (歳)
住 所 (※ 1)	〒 _____ 電話 ()	
住 所 (※ 2)	〒 _____ 電話 ()	
交付申請の額	金 _____ 円	
	(うち、男性不妊治療分を除いた額 金 _____ 円) (うち、男性不妊治療分の額 金 _____ 円)	
【今回の治療を保険診療で 受診した場合】 当該受診者の健康保険の 限度額適用認定証の適用 区分等	<input type="checkbox"/> 受診者が妻 認定証の発効年月日 _____ 年 月 日 認定証の有効期限 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 認定証の発効年月日 _____ 年 月 日 認定証の有効期限 _____ 年 月 日	限度額適用認定証の適用区分 (受診者ごとに、該当区分に○をしてください) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明
	過去に高松市で生殖補助医療費助成を受けた後の出産（妊娠12週以降の死産を含みます。）の有無 該当する方に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→（出産前に受けた助成回数をリセットすることができます。その場合は戸籍謄本（死産の場合は母子健康手帳のページの写し等）が必要です。）	
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、他の自治体で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及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 (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 _____ ㊟ 妻氏名 _____ ㊟ （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）

- 高松市こうのとりのり応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書（様式第2号）又は高松市こうのとりのり応援事業（生殖補助医療【保険外診療】）受診等証明書（様式第3号）
 - 医療機関発行の領収書（領収書により治療内容が確認できない場合は、治療明細書等の治療内容の分かる書類を含む。）
 - 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、こうのとりのり応援事業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（両人の戸籍謄本が必要） (4) 出産により助成回数をリセットする場合
 - 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。（□保険診療 □保険外診療）・（回数リセット□有 □無）

初回治療開始 時の妻の年齢	歳	1回目	2回目	回目	回目	回目	回目	決定年月日	交付・不交付

記入例

年 月 日

(宛先) 高松市長

ご夫婦のうち、高松市内に住所があり、助成金の振込を希望される口座の名義人となる方の名前を記入してください。

請者住所 高松市桜町1丁目9番12号
名義人と同一) 氏名 高松 太郎

高松市こうのとりのり応援事業助成金交付申請書

高松市こうのとりのり応援事業(生殖補助医療費助成事業)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	<u>たかまつ たろう</u> 高松 太郎	昭和 ○年 ○月 ○日生 平成 (○○歳)
ふりがな 妻氏名	<u>たかまつ はなこ</u> 高松 花子	昭和 ○年 ○月 ○日生 平成 (○○歳)
住(※1)所	〒 760-0074 高松市桜町1丁目9番12号 電話 090 (○○○○) ○○○○	
住(※2)所	〒 _____ 電話 (_____) _____	
交付申請の額	金 _____ 円 (うち、男性不妊治療分を除いた額 金 _____ 円) (うち、男性不妊治療分の額 金 _____ 円)	
【今回の治療を保険診療で受診した場合】 当該受診者の健康保険の 限度額適用認定証の適用 区分等	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者が妻 認定証の発効年月日 <u>令和4年 8月 1日</u> 認定証の有効期限 <u>令和5年 7月 31日</u> <input type="checkbox"/> 受診者が夫 認定証の発効年月日 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診者が夫	
過去に高松市で生殖補助医療費助成を受けた後の出産(妊娠12週以降の死産を含みます。)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(出産前に受けた助成回数をリセットすることができます。その場合は戸籍謄本(死産の場合は母子健康手帳のページの写し等)が必要です。)	
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 checked="" type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で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及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 (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 <u>高松 太郎</u> 妻氏名 <u>高松 花子</u> (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)

- 高松市こうのとりのり応援事業(生殖補助医療【保険診療】)受診等証明書(様式第2号)又は高松市こうのとりのり応援事業(生殖補助医療【保険外診療】)受診等証明書(様式第3号)
 - 医療機関発行の領収書(領収書により治療内容が確認できない場合は、治療明細書等の治療内容の分かる書類を含む。)
 - 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、こうのとりのり応援事業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(両人の戸籍謄本が必要) (4) 出産により助成回数をリセットする場合
 - 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。(□保険診療 □保険外診療)・(回数リセット□有 □無)

初回治療開始		1回目	2回目	回目	回目	回目	回目	決定年月日	交付・不交付
時の妻の年齢	歳								