

奈良市一般不妊治療費等助成金交付申請書

（宛先）奈良市長

奈良市一般不妊治療費等助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、助成の可否を決定するにあたり、高額療養費、付加給付等の支給について、奈良市が健康保険組合等の保険者へ確認すること、また、助成要件確認のため奈良市が保有する住民基本台帳等の公簿等により確認することに同意します。

		申請日	令和 年 月 日											
		ふりがな	生 年 月 日											
		氏名	個 人 番 号											
申 請 者	夫		年 月 日生（歳）											
申 請 者	妻		年 月 日生（歳）											
申 請 者	住所 （※1）	〒	電話（ ）											
	住所 （※2）	〒	電話（ ）											

委任状

※個人番号を記入する場合において、夫婦の一方のみ（または代理人）が申請書を提出するときは、夫婦のもう一方（または両方）が、下記の委任状を必ず記入してください。

本申請について、代理人（住所： ）を私の代理として定め、その権限を委任します。

委任者の署名

①自己負担額	円	第2号様式に記載の金額									
②医療保険の給付等	円	高額療養費、付加給付等									
③申請額	円	①－②（上限10万円）									
加入医療保険 （夫）	【種別】国保・健保・船員・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者 【保険者名】（ ）【記号番号】（ ）										
加入医療保険 （妻）	【種別】国保・健保・船員・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者 【保険者名】（ ）【記号番号】（ ）										
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	（ふりがな） 口座名義人	口座 番号									

申請受理年月日	年 月 日	（承認・不承認） 決定年月日	年 月 日
④交付済額	円 （ 年 月より助成開始）	年度分	円
		年度分	円
		年度分	円
		年度分	円
		年度分	円
⑤交付決定額	円	受給者番号	

助成する期間は、助成を開始した診療日の属する月から継続する5年間で、助成累計額は、5年間で上限50万円です。

（注）太枠の中をご記入ください。

※1 夫婦の住所を記入してください。 ※2 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。

添付書類

- ① 奈良市一般不妊治療費等助成金交付医療機関等証明書（第2号様式）
- ② 医療機関が発行する領収書の写し
- ③ 続柄記載の住民票（夫及び妻の婚姻関係及び住所を確認できる書類）

※ 申請の際に、健康保険証をお持ちください。
※ 個人番号を申請に利用する場合、③の添付は省略できます。

(市使用欄)

<input type="checkbox"/> 夫	番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票等	受付者
	身元確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 妻	番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票等	
	身元確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 代理人	身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 ()		