

西尾市生殖補助医療費等助成金支給に関する同意書兼申告書

年 月 日

(宛先)西尾市長

対象者 (夫) 住所

氏名(※)

(妻) 住所

氏名(※)

(※)本人が署名しない場合は、押印してください。

私たちは、西尾市生殖補助医療費等助成金に関する下記の事項について同意および申告します。

記

1.

高額療養費及び付加給付金の 該当はありましたか。	はい ・ いいえ
-----------------------------	----------

高額療養費・付加給付金等の支給について、支給があった場合は○を記入してください。

(支給が無ければ記載不要です。)

1月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

2. 今回申請する治療費について、限度額適用認定証を使用した方は**認定証区分に○を付けてください。**(使用していなければ記載不要です。)

ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ

※同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の本人負担額が高額になった場合、高額療養費の申請が必要です。ご不明な場合は、加入している健康保険組合等にご確認ください。

※助成金額から加入されている健康保険組合等によって、高額療養費や付加給付金等により助成された金額は除きます。

高額療養費・付加給付金等の支給があった場合、返還された金額が確認できる書類の写しの提出が必要です。(給付決定通知書や不妊治療費の本人負担額とそれ以外の診療分の本人負担額の詳細がわかるもの(様式は任意))

また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがあります。

3. 助成金を支給するのに必要な要件を確認するため、西尾市に住所を有すること、夫婦または事実婚であることなどについて住民基本台帳を閲覧すること。
4. (他市町村から転入された方へ)
不妊治療等に関する助成金の支給状況に関し、助成事業に必要な範囲で他の自治体と情報を共有すること。
5. その他不妊治療等の実施状況に関し、医療機関、医療保険の保険者等に照会すること。