

(様式1)

様式第1号(第5条関係)

丸亀市こうのとりのり支援事業申請書

年 月 日

丸亀市長 宛

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

丸亀市こうのとりのり支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり裏面の内容を確認したうえで申請します。

また、本申請にかかる必要事項の確認のため、私の住民票、課税台帳及び市税の納付状況を確認すること、並びに他の自治体への照会及び他の自治体からの照会に応じることに同意します。

ふりがな 氏名	夫			妻		
		年 月 日 ( 歳)			年 月 日 ( 歳)	
生年月日		年 月 日 ( 歳)			年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒 _____ 電話番号 ( _____ )					
※夫婦の住所が異なる場合	〒 _____ 電話番号 ( _____ )					
申請額	金 _____ 円 (うち、男性不妊治療分を除いた金額 _____ 円) (うち、男性不妊治療費分の金額 _____ 円)					
今回の治療を保険診療で受診した場合	今回、香川県不妊治療費助成事業による助成額の加算を申請しますか。 <input type="checkbox"/> 申請する。 <input type="checkbox"/> 申請しない。 (申請する場合のみ下記に記入してください。)					
	限度額適用認定証の有無 ※有の場合写しを添付 (受診者ごとに、該当区分に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ア・イ・ウ・エ・オ) <input type="checkbox"/> 受診者が夫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ア・イ・ウ・エ・オ)					
過去の助成の有無	令和4年4月1日以降に開始した治療のうち、丸亀市又は他の市町村(特別区を含む。)から、治療に係る助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有りの場合は、自治体名、助成時期及び助成金額を記入してください。					
	市区町村		時期		金額	
			年 月		円	
			年 月		円	
			年 月		円	
過去に助成を受けた後の出産(12週以降の死産を含みます。)の有無	<input type="checkbox"/> 有	出産前の助成回数を算入しない場合は、住民票(死産の場合は母子健康手帳のページの写し等)を添付してください。				
	<input type="checkbox"/> 無	子の氏名	出生年月日	年 月 日		

※夫婦の住所が異なる場合は、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。  
※裏面もご覧ください。

(裏面)

【1回の治療に対する助成額】

	診療の種類	助成額 (併せて男性不妊治療をした場合)	加算
1	保険診療 (先進医療を併用した場合を含む。)	3万円 (追加で3万円)	※1
2	保険外診療 (保険診療と先進医療以外の治療を併用した治療)	10万円 (追加で10万円)	—

※1 1子にかかる助成回数のうち、2回に限り、自己負担額の範囲内で以下の内容の香川県不妊治療費助成事業による助成額を加算することができる。

- ① 1回の治療に要した自己負担額の範囲内で5万円
- ② ①に加え、保険制度移行による自己負担増加額が5万円を超える場合にその超過額

【助成回数】

初めて助成を受ける際の治療開始時の妻の年齢	助成回数
40歳未満	43歳になるまでに1子ごとに通算6回
40歳以上 43歳未満	43歳になるまでに1子ごとに通算3回

【添付書類】

- 1 丸亀市こうのとり支援事業受診等証明書
- 2 夫婦であることを証明できる書類
  - (1)法律婚の場合
    - ・世帯全員の住民票(続柄の記載のあるもの)・・・夫婦同一世帯のとき
    - ・夫及び妻の住民票・全部事項証明書(戸籍謄本)・・・夫婦別世帯のとき
  - (2)事実婚関係の場合
    - ①両人の住民票の写し
    - ②両人からの事実婚関係に関する申立書 (様式第3号)
- 3 市税を完納していることを証明する書類
- 4 医療機関が発行した生殖補助医療の領収書及び明細書
- 5 申請者の本人確認ができる書類

※なお、公簿等により確認できる書類については不要です。