

（宛先）三木町長

申請者氏名 _____
（口座名義人と同一）

こうのとりサポート助成金交付申請書

三木町こうのとりサポート事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫氏名	_____	年 月 日生 (歳)
ふりがな 妻氏名	_____	年 月 日生 (歳)
住 所 (※1)	〒 木田郡三木町 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】 (受診者ごとに、該当区分に✓または○をしてください) ※不明の場合は、申請する前に加入している健康保険組合に確認してください	限度額適用認定証の適用区分※有の場合、適用区分の確認ができる書類の写しを添付 ☐ 受診者が妻 ☐ 無 ☐ 有 (ア・イ・ウ・エ・オ) ☐ 受診者が夫 ☐ 無 ☐ 有 (ア・イ・ウ・エ・オ)	
	高額療養費の有無 ※有の場合、支給決定通知書等の支給額のわかるものを提出 ☐ 受診者が妻 ☐ 有もしくは申請中 ☐ 無 ☐ 受診者が夫 ☐ 有もしくは申請中 ☐ 無	
	付加給付の有無 ※有の場合、支給決定通知書等の支給額のわかるものを提出 ☐ 受診者が妻 ☐ 有もしくは申請中 ☐ 無 ☐ 受診者が夫 ☐ 有もしくは申請中 ☐ 無	
	過去に三木町こうのとりサポート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 ☐ 有 ☐ 無  出産前の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または母子健康手帳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。 ☐ 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三木町によってなされることに同意します。(※3) ☐ 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課された三木町の町税の納付状況の確認 ☐ 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 ☐ 三木町以外の自治体その他関係機関への本申請に係る情報の照会・提供		
夫氏名（自署） _____ 妻氏名（自署） _____		

（※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）三木町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】

- 1 こうのとりのとりサポート事業【保険診療】受診等証明書（様式第2号）又は、【保険外診療】受診等証明書（様式第3号）
- 2 医療機関等が発行した生殖補助医療に要した費用の領収書及びその明細書
- 3 戸籍謄本（次のいずれかに該当する場合に限る。）
- (1) 三木町において、初めて、こうのとりのとりサポート助成金の交付を申請する場合
(2回目以降は続柄が記載され婚姻関係が確認できる住民票の写しでも可)
- (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
- 4 夫婦いずれか一方が三木町以外の住民である場合は、当該者の住民票の写し
- 5 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4号）
- 6 保険診療の場合
- (1) 治療を受けた方の健康保険の資格確認書等の写し
- (2) 限度額適用認定区分が分かるもの（限度額適用認定証やご自身のマイナポータルから限度額適用認定区分が確認できるページの写し）
- (3) 高額療養費、付加給付の支給額が分かる証明書等
- 7 請求書（申請者名義の口座を記入してください。）
- 8 申請者名義の通帳等の写し（電子通帳の場合はスクリーンショットの画面コピー）
- 9 出産等で助成回数をリセットする場合に必要な書類
- (1) 出産の場合 … 戸籍謄本または母子健康手帳の「出生届出済証明」のページのコピー
- (2) 12週以降の死産の場合 … 死産届のコピーまたは母子健康手帳の「出産の状態」のページの
コピー

※3及び4については、申請日の前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。(①保険診療 ②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	3回目	4回目	5回目	6回目	決定年月日	交付・不交付