様式第1号

受付日

宇都宮市不妊治療（生殖補助医療等）支援制度申請書

宇都宮市不妊治療（生殖補助医療等）支援制度の助成を受けるため，宇都宮市の実施する夫と妻についての以下の状況調査に同意し，関係書類を添えて下記のとおり申請します。
・夫婦の住所と世帯　・市税納付状況　・他自治体での受給状況また，個人番号（マイナンバー）を利用した情報提供ネットワークシステム等により，住民票情報の確認を行うことに同意します。

記

（注）太線内をご記入ください。

		夫	妻
申請者（対象者）	ふりがな		
	名前		
	生年月日	S・H　年　月　日　（今回の治療開始時の年齢　歳）	S・H　年　月　日　（今回の治療開始時の年齢　歳）
	個人番号（マイナンバー）		
	住所 ※治療開始日及び助成申請日時点で夫または妻が宇都宮市民であることが要件です。	〒　－　宇都宮市　日中連絡がつきやすい電話番号（夫・妻）　－　－	
	（夫婦別住所の場合） ※戸籍謄本の添付が必要です。	〒　－　（夫・妻）	

申請について

● **該当する婚姻状況**を選択（☑）してください。　☐法律婚　☐事実婚（「様式第4号 事実婚関係に関する申立書」の添付が必要です。）

● **令和4年4月1日以降に開始した不妊治療に係る助成金の申請状況**を選択（☑）してください。

☐なし（初回）・・・治療を受けた者が治療期間中に加入していた健康保険組合を選択（☑）してください。

↳ 健康保険組合：☐国民健康保険　☐全国健康保険協会　☐（　　）健康保険組合　☐（　　）共済組合

☐ある ・・・二重助成がないことを確認するため，助成を受けた自治体名・回数の記載と，当てはまる項目に〇を付けてください。

↳ 助成履歴：宇都宮市　で（　　）回助成を受けた。

↳ 助成履歴：　都・道・府・県・市・町　で（　　）回助成を受けた。 ⇒　以前の治療　・　今回の治療（申請中を含む）

● **該当する制度の申請状況等**を選択（☑）してください。

・限度額適用認定証の認定状況　☐有（認定証の区分→ ア・イ・ウ・エ・オ）☐認定請求中　☐無

・高額療養費制度，付加給付等　☐有（加入している健康保険から発行される書類（決定通知書等）の添付が必要です。）　☐無

※ 本市の助成制度を初めて申請する方で，保険診療により治療を行った場合は，事前に加入している健康保険組合へ高額療養費等の請求をした後に申請してください。

・他医療費助成制度の資格について（申請日時点で有する資格）　☐妊産婦医療費助成　☐重度心身障がい者医療費助成　☐その他（　　）　☐無

※ 市税（個人市民税，固定資産税，国民健康保険税等）に滞納がある場合は，助成することができません。 ※

※ 提出期限は，治療終了日の翌月から翌年の治療終了日同月末まで（1回ごとに1年以内）です。 ※

申請内容

	治療金額（領収金額）	助成申請金額
自己負担金額（生殖補助医療）	金　円	金　円
自己負担金額（先進医療）	金　円	金　円
合計	金　円	金　円

※「治療金額」には，医療機関の証明書に記載の金額を転記してください。

決定額　金　円
※決定額は記入不要

令和　年　月　日　（あて先）　宇都宮市長

振込先

金融機関名（金融機関コード：　）	本・支店名	預金種別	口座番号（7ケタ）	口座名義人 ※申請者名義に限る
銀行 金庫 農協	店番号（3ケタ）（　）	普通		（フリガナ）

●助成金の振込について
助成申請書を受付後，約3か月で指定口座へお振込みいたします。
振込日の約1週間前に，振込額・振込日等が記載された支払通知書を送付いたします。

市事務処理欄

受理番号		助成回数	初回 ・（　）回目	滞納	有 ・ 無	決定日	
高額療養費，付加給付等	高額療養費 ・ 付加給付 有 ・ 無 ／ 有 ・ 無	先進医療	有 ・ 無	医療費助成	有 ・ 無	備考	

添付書類一覧	チェック欄
・宇都宮市不妊治療（生殖補助医療等）支援制度申請書	
・宇都宮市不妊治療（生殖補助医療等）支援制度受診等証明書（医療機関が記入したもの）	
・生殖補助医療に要した金額を証明できる書類（領収証や受領証の原本またはコピー）**※請求書不可**	
【高額療養費や付加給付等を受けている場合】 支給決定通知書等（原本またはコピー）	
【夫婦が市内で別住所の場合】 戸籍謄本（市区町村発行のもの）	
【夫または妻の住所が市外の場合】 戸籍謄本（市区町村発行のもの），住民票（マイナンバー記載で添付の省略が可能）	
【事実婚の場合】 戸籍謄本（市区町村発行のもの），事実婚関係に関する申立書	