

松本市こうのとりのり支援事業医療費助成金交付申請書（実績報告書）

（宛先） 松本市長

松本市こうのとりのり支援事業医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

※下記の太枠内に記載してください。

年 月 日

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日 連絡先	年 月 日()歳
配偶者	(ふりがな) 氏名	続柄() 生年月日 連絡先	年 月 日()歳
住 所	〒		
配偶者の住所	〒 (申請者と住所が異なる場合に記入してください。)		
1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚			
2 松本市への住民登録開始 申請者：____年____月 配偶者：____年____月			
今回の治療内容 該当するものに○を付けてください。		1. 保険診療で実施される不妊治療 2. 保険適用回数終了後の体外受精又は顕微授精	
【加入健康保険組合】 _____ 【限度額適用認定区分】 _____ 【保険給付金】有・無			
○助成金の申請に当たり、市が所有する私の住民情報及び税情報を閲覧することに同意します。 ○不妊治療に対する助成金の受給について、他の地方公共団体に確認することに同意します。 <本人記入>			
(夫) 氏名 _____		(妻) 氏名 _____	

以下、担当課記入欄

審査済 本人 負担額	_____円	1 医療機関分本人負担額 _____円	2 薬局分本人負担額 _____円	3 高額療養費・付加給付支給額 _____円
	(1 + 2 - 3)			

審査済本人負担額 _____円 × 2/3 = 助成決定額 _____円

市税納税調査の結果（可・否）		年 月 日 確認	
申請者 住民登録確認	年 月 日登録・登録無	申請者宛番号	
配偶者 住民登録確認	年 月 日登録・登録無	配偶者宛番号	
受 付	No.		