

第1号様式（第6条関係）

春日井市人工授精治療費等助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

申 請 者

住 所

氏 名

（口座名義人と同一）

電話番号

（昼間連絡がとれる番号）

春日井市人工授精治療費等助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり人工授精治療費等の助成を申請します。

対 象 者		<自署> ^(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
	夫	()	年 月 日生 (歳)
	妻	()	年 月 日生 (歳)
	春日井市以外の 住所	電 話 ()	
申 請 額	円 (上限 50,000 円 千円未満は切り捨て)		
他市町村で人工授精治療費等助成金の交付を受けたことがありますか。			
ない			
ある → 1回目 (年 月) 助成を受けた自治体 (県)			
2回目 (年 月) 助成を受けた市町村 (県)			
3回目 (年 月) 助成を受けた市町村 (県)			

※愛知県外の市町村で人工授精治療費等助成金の交付を同一年度に受けたことがあるときは、本市における助成の対象にはなりません。

同意書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

対 象 者
住 所
夫 氏 名
妻 氏 名

私たちは、春日井市人工授精治療費等助成金交付に係る次の事項について同意します。

1 助成金交付の審査等のために必要な次の事項を閲覧すること。

助成金の交付に必要な要件の確認などをするため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、個人情報の保護を厳守します。

- (1) 住民基本台帳（当市内に住所を有することを確認します）
- (2) 戸籍（法律上の夫婦であることを確認します）
- (3) 当市の市税に滞納のないことの証明（市税等の未納のないことを確認します）

2 以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認すること。

限られた公費予算からの公正な支出を行うため、当市が愛知県から補助金を受ける際は、夫婦あたりの支給額の上限が定められています。

県内の自治体から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この助成金の以前の支給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、個人情報の保護を厳守します。

3 その他医療費助成について健康保険組合等の保険者に確認すること。

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。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ので御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、個人情報の保護を厳守します。

第2号様式（第6条関係）

春日井市人工授精治療費等助成金交付受診等証明書

次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費〔保険適用外〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日	年 月 日			
今回の治療助成期間	年 月 日～年 月 日			
医師の判断に基づき治療を中断した期間がある場合のみ記入 (年 月 日～年 月 日)				

人工授精に係る医療費		
今回人工授精実施回数 回		
院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
区分	実費（保険適用外）負担額	
	医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②
年 3月分	円	円
年 4月分	円	円
年 5月分	円	円
年 6月分	円	円
年 7月分	円	円
年 8月分	円	円
年 9月分	円	円
年10月分	円	円
年11月分	円	円
年12月分	円	円
年 1月分	円	円
年 2月分	円	円

〔今回の治療にかかった合計金額〕
領収金額 円 (上記本人負担額①～②の合計額となります。)

- 注1 当該患者に関して行った人工授精（保険適用外）に係るもののみ御記入ください。
- 注2 人工授精に至らなかった場合は、対象となりません。
- 注3 は該当項目をチェックしてください。
- 注4 院外処方の有無が「有」の場合、薬局の領収書の領収金額を「薬局徴収分」へご記入ください。
- 注5 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
- 注6 人工授精の本人負担額にはA I DおよびH I V等の感染症検査費用も含まれます。

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

（宛先）春日井市長

次の2名については、事実婚関係にあります。

① 一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

② 一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）

春日井市長

春日井市人工授精治療費等助成金交付決定通知書

年 月 日付けで受理した 年度の人工授精治療費の助成について、
交付することとし、次の金額を助成することを決定したので通知します。

金 _____ 円

第4号様式（第7条関係）

春日井市長

春日井市人工授精治療費等助成金不交付決定通知書

年 月 日付で受理した 年度の人工授精治療費の助成について、
不交付としたので通知します。

（不交付の理由）