

徳島市長 殿

徳島市ひまわり家族応援事業助成金交付申請書

※ 申請は、治療終了後、9月以内に限ります。

徳島市ひまわり家族応援事業（生殖補助医療費助成事業）実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

なお申請者と口座名義人が異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

ふりがな 申請者氏名	-----	昭和・平成 年 月 日生（ 歳） 電話番号（ ）	
ふりがな 配偶者氏名	-----	昭和・平成 年 月 日生（ 歳） 電話番号（ ）	
住 所	〒		
住 所 （※1）	〒		
今回の申請回数	回目	前回の申請年月 （初回の方以外）	令和 年 月
公的健康保険（※2）	夫（ ） 妻（ ）		
高額療養費区分（※3）	夫 ○を付ける→ ア・イ・ウ・エ・オ 妻 ○を付ける→ ア・イ・ウ・エ・オ		
ご加入の公的健康保険の 付加給付金制度について （※4）	夫 □有 □無 妻 □有 □無 1か月の支払限度額（有の方のみ記載） 夫（ ）円 妻（ ）円 合算金額の支払限度額（入院のある方のみ） 夫（ ）円 妻（ ）円		
確認事項	<input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成は受けていません <input type="checkbox"/> 前回申請時と住民票、戸籍、公的健康保険等変更はありません（2回目以降申請の方のみ） <input type="checkbox"/> 各申請書類は返却不可であることを了承しました		
私たち夫婦に関して次の確認行為等が徳島市によってなされることに同意します。（※5） <input type="checkbox"/> 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課された徳島市の市税の納付状況の確認 <input type="checkbox"/> 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、付加給付等の照会 <input type="checkbox"/> 徳島市以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供			
夫氏名	_____ (印)	妻氏名	_____ (印)
(自署又は記名押印)		(自署又は記名押印)	

（※1）夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

（※2、※3、※4）治療を受けた方のみ、受診月の情報を記入してください。

（※5）徳島市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。

※高額療養費や付加給付に該当するかどうかは加入している公的健康保険（社会保険・国民健康保険など）に確認してください。

該当する場合は必ず給付金支給決定通知書等額の分かる書類の写しを持参してください。

後日、不正受給が発覚した場合は、給付した助成金を返還していただきます。

書類審査により助成対象とならない場合もあります。