様式第１号（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

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、６か月以内に限ります。**

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 （※１）	〒	
住　　所 （※２）	〒	
交付申請の額 （保険適用分）	金　　円	
加入医療保険	夫　（　　）妻　（　　）	
高額療養費制度	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。 □　高額療養費や付加給付を受けている　（□　妻　　□　夫　） ※保険者から高額療養費又は付加給付を受けた場合は、限度額適用認定証又は明細書のコピーを提出してください。	
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徳島市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徳島市の市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
□　徳島市以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供
□　各申請書類は返却不可であることを了承

夫氏名　　㊞　　妻氏名　　㊞
（自署又は記名押印）　　（自署又は記名押印）

（※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）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。

（添付書類）
1　徳島市ひまわり家族応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書（様式第２号）
2　医療機関発行の領収書（原本が必要な方は、必ずコピーを提出してください。原本は、申請時に確認させていただいた後、返却します。）
3　徳島市ひまわり家族応援事業助成金交付請求書
4　戸籍謄本（次のいずれかに該当する場合に限る）
（１）徳島市において初めて、ひまわり家族応援事業助成金の交付を申請する場合（２）回数変更の場合
（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）夫婦が別世帯の場合
5　夫婦いずれか一方が徳島市以外の住民である場合は、当該者の住民票の写し
同一年度内、２回目以降の申請の場合は、前回の申請時と変更がなければ、提出は不要です。
6　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５号）
※戸籍謄本及び住民票の写しについては、申請の日前３か月以内に発行されたものの原本に限ります。

回数変更　有・無

下欄には記入しないでください。

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	
									交付　・　不交付