

茅野市不妊及び不育症治療費助成事業交付申請に係る同意書

(宛先) 茅野市長

茅野市不妊及び不育症治療費助成事業交付金の交付決定審査等において、医療費が高額になった場合は任意給付・保険給付（高額療養費・一部負担金払戻金等）の適否について、加入医療保険者へ茅野市が照会することに同意します。

また、任意給付・保険給付が決定しましたら、茅野市健康づくり推進課へ報告することに同意します。

_____年 _____月 _____日

夫氏名 _____

妻氏名 _____

以下、茅野市にて記入

保険適応（有・無） 保険外理由（助成回数上限 年齢 治療内容）

自己負担金額の月毎内訳

夫				妻					
治療月	自己負担額	治療月	自己負担額	治療月	自己負担額	治療月	自己負担額		
4		10		4		10			
5		11		5		11			
6		12		6		12			
7		1		7		1			
8		2		8		2			
9		3		9		3			
			合計					合計	

任意給付・保険給付	特記事項
適応（有・無）	
申請（済・未）	
適応 有の方	給付額決定確認（ ）