

阿賀野市告示第208号

阿賀野市不育症治療費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和7年10月23日

阿賀野市長 加藤 博 幸

阿賀野市不育症治療費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

阿賀野市不育症治療費助成事業実施要綱（令和2年阿賀野市告示第71号）の一部を次のように改正する。

第6条第1項中第5号を第8号とし、同項第4号の次に次の3号を加える。

- （5） 戸籍謄本
- （6） 夫婦両方の健康保険の加入状況がわかる書類
- （7） 高額療養費受給が証明できるもの

第9条を第10条とし、第8条を第9条とし、第7条の次に次の1条を加える。

（書類の省略）

第8条 第6条第6号の規定にかかわらず、健康保険の加入状況をマイナンバー制度による情報連携で確認できる場合は、書類の提出を省略することができる。

2 第6条第7号の規定にかかわらず、医療機関等の窓口で、健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカードを提出し、限度額情報の表示に同意した場合は、書類の提出を省略することができる。

第1号様式を次のように改める。

阿賀野市不育症治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

なお、助成要件確認のため住民基本台帳等の公簿の閲覧、納税状況及び加入医療保険資格情報等の確認、医療機関への内容確認等を行うことに同意します。

年 月 日

阿賀野市長 様

※太枠内をご記入ください。

夫	(フリガナ) 氏 名				
	個人番号		電話番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 阿賀野市			
妻	(フリガナ) 氏 名				
	個人番号		電話番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	夫の住所と異なる場合のみ記入してください。 〒 阿賀野市			
申請回数		通算 回目（他自治体からの助成 有 ・ 無 ）			
申請者（夫及び妻が自署） 氏 名 夫 _____ 妻 _____ 申請額 金 _____ 円 自己負担額が 100,000 円を超える場合 申請額は 100,000 円となります。					
振 込 口 座	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通 当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人				

※ 夫婦どちらかの名義の振込口座を記入してください。

（添付書類）

- ① 阿賀野市不育症治療保険医療機関等証明書
- ② 阿賀野市不育症治療保険薬局等証明書（保険薬局で投薬を受けた方のみ）
- ③ 領収書・診療明細書
- ④ 戸籍謄本
- ⑤ その他市長が必要と認めるもの

<市記入欄>

加入医療保険	夫 ☐ 別紙のとおり ☐ 下記のとおり [種別] 市町村国保・組合国保・健保・ 共済・その他() [保険者番号] [区分] 本人・被扶養者	妻 ☐ 別紙のとおり ☐ 下記のとおり [種別] 市町村国保・組合国保・健保・ 共済・その他() [保険者番号] [区分] 本人・被扶養者
今回治療期間の初日の 属する年度(年度)	夫 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 非課税 ☐ 課税情報なし	妻 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 非課税 ☐ 課税情報なし
上記の前年度(年度)	夫 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 非課税 ☐ 課税情報なし	妻 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 非課税 ☐ 課税情報なし

附 則

この告示は、令和7年10月23日から施行する。