

徳島市ひまわり家族応援事業

提出書類チェックシート

- 下の注意事項を確認し、準備出来たものはチェック欄にレ点をつけてください
 *消えないペンで記入してください。
 *1～5はすべての方が提出してください

チェック欄

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. 徳島市ひまわり家族応援事業助成金交付申請書(様式第1号) |
| <input type="checkbox"/> | 記入漏れや文字に誤りはないか(誤りは二重線で訂正し押印してください。修正液等は不可) |
| <input type="checkbox"/> | 複数回の申請を同時に行う場合、各回ごとに申請書を作成してください |

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2. 徳島市ひまわり家族応援事業受診等証明書(医療機関記入)(様式第2号) |
| <input type="checkbox"/> | 病院名、先生の名前の自書、または印鑑はあるか |
| <input type="checkbox"/> | 治療終了から申請日までが6か月以内であるか |
| <input type="checkbox"/> | 治療期間、合計金額等記載もれはないか |

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 3. 徳島市ひまわり家族応援事業助成金交付請求書(様式第3号) |
| <input type="checkbox"/> | 印鑑はかすれたりせず、きちんと押印できているか |
| <input type="checkbox"/> | 記入漏れや文字に誤りはないか(誤りは二重線で訂正し押印してください。修正液等は不可) |
| <input type="checkbox"/> | 印鑑はシャチハタ以外であるか(朱肉で押印) |
| <input type="checkbox"/> | 請求者が申請書の申請者の方と合致しているか |

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 4. 金融機関の口座のコピー(通帳かキャッシュカード、ネット銀行は口座情報のわかる画面) |
| <input type="checkbox"/> | 夫婦どちらかの口座であるか |
| <input type="checkbox"/> | 氏名はあっているか |
| <input type="checkbox"/> | 銀行名・支店名・支店コード・口座番号・口座名義人がわかるか |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 5. 生殖補助医療の検査及び治療に要した保険適用費の領収書 |
| <input type="checkbox"/> | 受診証明書の治療期間内の領収書か |
| <input type="checkbox"/> | 保険適用の金額となっているか |
| <input type="checkbox"/> | 原則原本(ただし、原本が必要な方は領収書のコピーとチェックのために原本もご持参ください) (コピーはできるだけA4サイズをお願いします) |

***6～9までは該当する方のみ提出してください**

あてはまるもの全てにレ点をつけて該当する番号の書類を提出してください

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 提出する書類 |
| <input type="checkbox"/> | 6 徳島市に初回申請の方 |
| <input type="checkbox"/> | 6 夫婦別世帯の方 |
| <input type="checkbox"/> | 6・7 事実婚の方 |
| <input type="checkbox"/> | 6 出産にて回数変更される方 |
| <input type="checkbox"/> | 8 12週以降の死産にて回数変更される方 |
| <input type="checkbox"/> | 9 ご加入の公的医療保険の健康保険組合から高額療養費制度を受けている方 |
| <input type="checkbox"/> | 10 付加給付のある健康保険に加入されている方 |
| <input type="checkbox"/> | 11 夫婦どちらかが市外におられる方 |

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 6. 戸籍謄本(全部事項証明) |
| <input type="checkbox"/> | 申請日から3か月以内に発行のものか |
| <input type="checkbox"/> | 夫婦別世帯の方は、変更がなければ年度1回目申請時に提出で可 |
| <input type="checkbox"/> | 事実婚の方は夫婦2人とも必要、変更がなければ年度1回目申請時に提出で可 |

| | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 7. 事実関係に関する申立書 (夫婦で記入) |
| <input type="checkbox"/> | 重婚(戸籍謄本で確認)の場合は対象外 |
| <input type="checkbox"/> | 同一世帯でない場合は理由の記載が必要 |

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 8. 母子健康手帳の14ページ、出産の状態コピー |
|--------------------------|--------------------------|

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 9. 「限度額適用認定証」または「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」のコピー |
|--------------------------|--|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 10. 健康保険の付加給付の上限金額のわかるもの |
|--------------------------|--------------------------|

| | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 11. 住民票(市外の方のみ) |
| <input type="checkbox"/> | 申請日から3か月以内に発行のものか |
| <input type="checkbox"/> | 変更がなければ年度1回目申請時に提出で可 |

窓口にお越しの際には

- 1 印鑑
- 2 通帳
- 3 健康保険証またはマイナンバーカード(マイナンバーカードの場合、申請時にご自身のスマートフォンのマイナポータルで確認させていただくことがあります。)

を、ご持参ください。

付加給付とは

ご自身がお加入の公的医療保険の健康保険組合で、高額療養費制度以外でも、独自の付加給付制度を設けている場合があります。
 ひと月の個人の支払いの限度額がいくらになるのか、詳しくはお加入の公的医療組合にお問い合わせの上、付加給付の額を確認できる書類の写しをご持参ください。