

総社市生殖補助医療費助成金給付申請書

年 月 日

総社市長 様

次のとおり生殖補助医療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、審査にあたり市が住民基本台帳、市民税課税台帳等の確認を行うこと及び必要な場合には、他の自治体及び医療機関へ照会することに同意します。

申請者 (口座名義人)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
夫又は妻	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
<input type="checkbox"/> 事実上婚姻関係と同様の事情にある者（過去に同事情で助成を受けた者を含む。）				
申請回数	生殖補助医療費助成申請回数 ①初回 ②通算（ ）回目 ※②の場合初めて申請した治療の開始時の妻の年齢（ ）歳			
申請額 (1,000円未満切捨)	<input type="checkbox"/> 保険診療と先進医療の併用診療 円 (先進医療に係る治療費等として支払った額の7割。上限10万円)			
	<input type="checkbox"/> 保険外診療 円 (支払った費用の7割。上限20万円)			
1 生殖補助医療の通算回数（ ）回目 2 今回の治療を開始した時の年齢 妻（ ）歳 ・ 夫（ ）歳 3 助成を受け妊娠し出産した場合は子の氏名と生年月日を記載 妊娠12週以降に死産した場合は死産届の写しを添付 子の氏名（ ）（生年月日 年 月 日）				
助成金振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 支所 農協 出張所		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- 1 生殖補助医療受診等証明書
- 2 続柄、世帯全員が記載された住民票の写し：発行から3箇月以内のもの（原本）
- 3 戸籍謄本：発行から3箇月以内のもの（原本）
- 4 領収書及び診療明細書の写し

受付印欄	総社市記入欄		
	決定年月日	年 月 日	給付・不給付
	助成金額	円	