

小美玉市生殖補助医療費等補助金交付申請書

令和 年 月 日

小美玉市長 様

小美玉市生殖補助医療費等補助金の交付を受けたいので、小美玉市生殖補助医療費等補助金交付要綱第7条により、関係書類を添えて申請します。

申請者	(フリガナ) 氏名	(夫・妻)
	生年月日	年 月 日 治療開始日の年齢()歳
	住所	〒 (TEL - -)
配偶者	(フリガナ) 氏名	(夫・妻)
	生年月日	年 月 日 治療開始日の年齢()歳
	住所	〒 (TEL - -)

補助金申請額	円
自己負担額	円
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
申請区分 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療
申請回数 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 今回が初めての申請 <input type="checkbox"/> 前回交付を受けた補助(年 月 補助金額 円)

同意書

・この申請の審査に際し、私の住民基本台帳及び市税の納付状況に関する情報を閲覧することに同意します。
 ・この申請の審査に際し必要な場合は、加入する医療保険者に給付の内容を照会すること及び、医療機関に受診等の証明内容を照会することを同意します。

氏名(夫) _____ 氏名(妻) _____

添付書類

- 小美玉市生殖補助医療費補助金受診等証明書（様式第2号）または不妊検査及び一般不妊治療費補助金受診等証明書（様式第3号）
- 医療機関における治療に要した額を証明できる書類（領収書の原本または写し）
- 出産をした者で、要綱第6条第3項の規定の適用を受けることを希望する場合にあっては、戸籍謄本、死亡届の写し等出産の事実が確認できる書類
- 事実婚関係にある者については、両人の事実婚関係等に関する申立書（様式第4号）
- 限度額適用認定書
- その他市長が必要と認める書類

(裏面)

○治療を終了した日の年度内に申請できなかった理由（該当するものに○をつける）

1 治療終了後、体調の都合で申請することができなかった。

2 その他（以下に具体的な理由を記載）