様式第１号（第６条関係）

宮古市生殖補助医療費助成金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

宮古市長　　　　　あて

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　〒

 住所

 氏名

 電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり生殖補助医療費の助成を申請し、助成金の交付を請求

します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　額 | 円 |  |
| 夫 | （ふりがな） |  | 生年月 日 | 年　　月　　日　（　　　歳） |
| 氏　　　名 |  |
| 妻 | （ふりがな） |  | 生年月 日 | 年　　月　　日　（　 　 歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | □申請者と同じ | 〒 |
| ＊夫と妻の住所が異なる場合に記入 | 〒 |
| 高額療養費制度の申請 | * 有　　　　　　　　　　□　無
 |
| 生殖補助医療費に対する給付、附加給付の有無 | ・ない・ある　　給付を受けた額　　　　　　　　　　　　円 |
| 過去の助成の有無 | 過去に宮古市から治療に係る助成を受けたことがありますか。・ない　　　　　・ある→前回の助成時期　　　　年　　　月 |
| 　夫婦の住民登録状況及び医療機関に対して治療内容等の閲覧・照会することに同意します。また、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（夫）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（妻）　　　　　　　　　　　 |
| 振　込　先 | 金融機関名 |  | 　　　　　　本店・支店 |
| 口座番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　普通　・　当座 |
|  |  |

添付書類

１　宮古市生殖補助医療に係る医療機関受診等証明書

２　医療機関発行の領収書及び診療明細書の写し

　　（主治医の指示により、他医療機関で実施した治療や院外処方に要した費用の領収書

も含む。）

３　限度額適用認定証の写し

４　生殖補助医療費に対する給付、附加給付等がある場合は、その額がわかる書類の写し

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※宮古市記入欄 | （承認・不承認）決定年月日 |  |
| 　　年　　月　　日 |