

宮古市生殖補助医療等費用助成金交付申請書兼請求書（生殖補助医療）

年 月 日

宮古市長 あて

申請者 〒
住所 宮古市
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 [うち保険診療による治療 併用して実施した先進医療 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			
夫妻が別居の場合の住所		〒 (夫・妻)		
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		
市が次の項目について確認することに同意します。 ・申請者の住民基本台帳、夫婦の所得及び市税の納付状況の確認 ・医療機関に対する治療内容、領収書の内容の確認 ・宮古市以外の自治体その他関係機関への本申請に係る情報の照会・提供（転出入の場合） 氏名 (夫) 氏名 (妻)				
振 込 先 (申請者名義)	金融機関名			本店・支店
	口座番号	普通 ・ 当座		
	ふりがな 口座名義人			

添付書類

- 宮古市生殖補助医療に係る医療機関受診等証明書
- 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よした費用の領収書も含む。)
- 限度額適用認定証の写し、または所得証明書等高額療養費制度による自己負担限度額を確認できる書類
(医療機関による受診証明書に記載がある場合を除く)
- 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
※保険者へ高額療養費等の給付の有無を確認のうえ、申請してください。

※宮古市記入欄	(承認・不承認) 決定年月日	
	年 月 日	