

様式第 4 号（第 4 条関係）

宮古市生殖補助医療等費用助成金交付申請書兼請求書（温存後生殖補助医療）

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等の費用助成を申請し、助成金の交付を請求します

記

ふりがな			生年月日	年 月 日	
				(歳)	
夫氏名					
ふりがな			生年月日	年 月 日	
				(歳)	
妻氏名					
申請内訳	①助成対象経費		円		
	②県助成金交付決定額		円		
	③差引金額（①-②）		円		
申請金額	金		円		
申請回数	通算		回目		
振 込 先 (申請者名義)	金融機関名		支店名		
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
☐ 申請する治療について、他の市町村による同様の助成金及び宮古市妊孕性温存治療費等助成金の交付を受けていません。					
☐ この申請の審査をするために必要な場合は、都道府県に助成金交付の情報を照会すること、並びに医療機関に受診等の内容を照会することに同意します。					
申請者氏名					

添付書類

- (1) 岩手県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費助成金交付決定通知書の写し
- (2) 小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る温存後生殖補助医療証明書の写し
- (3) 前 2 号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類