第１号様式（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　生殖補助医療費助成申請書

年　　月　　日

　二本松市長

　関係書類を添えて、生殖補助医療費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | 生年月日 | | |
| 申請者  （自署又は記名押印） | |  | | | | | | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | |
| 配偶者  （自署又は記名押印） | |  | | | | | | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | |
| 住所（＊１）  住所（＊２） | | 連絡先（自宅）（携帯） | | | | | | | | | | |
| 連絡先（自宅）（携帯） | | | | | | | | | | |
| 過去の助成歴  （治療歴） | | （助成内容）  ①保険診療となる治療と保険外  診療となる治療の併用　　　　　（　　　）回  ②先進医療　　　　　　　　　　（　　　）回  ③保険の回数又は年齢上限超過　（　　　）回  ※保険適用による治療　　　　　（　　　）回 | | | | | | | | | １回目の治療開始時の妻の  年齢（＊３）  □40歳未満　□40歳以上  □40歳未満　□40歳以上  □40歳未満　□40歳以上  □40歳未満　□40歳以上 | |
| 申請内容 | | □保険診療となる治療と保険外診療となる治療の併用  □先進医療　　□保険の回数又は年齢上限超過 | | | | | | | | | | |
| 申請回数 | | （　　　　）回目　※回数リセットの場合　子の氏名（　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　子の生年月日（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 助成申請額   |  |  |  | | --- | --- | --- | | a 他の自治体等からの助成済み額 | 円 | 申請額　　（b+ｃ）- a | | b 生殖補助医療に要した費用 | 円 |  | | c 男性不妊治療に要した費用 | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 振  込  先 | 金融機関名 | | 銀行・金庫・農協 | | | | | | 本店・支店・出張所 | | | |
| 預金種別 | | 普通  当座 | | （ふりがな）  口座名義人 | | | （　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 口座番号 | |  |  |  |  |  |  | |  | | （右詰記入、空欄は０埋め） |

注）太枠の中を記入してください。

＊１：申請者の住所を記入してください。

＊２：申請者の配偶者で住所が異なる場合に記入してください。

＊３：回数をリセットする場合は、リセット後１回目の治療開始時点の年齢

|  |  |
| --- | --- |
| 同 意 欄 | 生殖補助医療費助成申請書（本書）の審査に当たり次について確認、照会することに同意します。（ 同意できないものは＝で抹消してください。）  （夫）自署又は記名押印　　　　　　　　　　　　　　　（妻）自署又は記名押印    １　私の住民基本台帳　　　２　私の医療機関での治療の内容　　　３　私の世帯全員の市税等の納付状況　　 ４　私の他の自治体等の助成制度の受給状況 |

下線以下は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 |  | （承認・不承認）  決定年月日 |  | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

（丁）下記のとおり決定する。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 |  | 係長 |  | 係員 |  | 起　案 |
| 年　　月　　日 |
| 助成承認決定額 | | 円 | | | 添付書類確認印 |  |
| 助成承認決定記号番号 | | 号 | | |