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 |