

様式第1号（第5条関係）

宇和島市生殖補助医療費助成金交付申請書兼請求書

宇和島市長 様

下記の事項に同意のうえ、関係書類を添えて、生殖補助医療にかかる医療費の助成を申請します。

記

1. 助成金の交付要件を確認するため、市が申請者夫婦の個人情報を公簿等により確認すること。確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること。
2. 市が本申請の審査に関して、他の自治体等関係機関への照会や情報提供を行うこと。

※太枠内を記入してください。

		年 月 日	
申請者(夫)	フリガナ	生年月日	
	氏名	昭和 平成	年 月 日 (歳)※検査の初日または 治療開始日時点の年齢
	現住所	宇和島市	電話 ()
申請者(妻)	フリガナ	生年月日	
	氏名	昭和 平成	年 月 日 (歳)※検査の初日または 治療開始日時点の年齢
	現住所	(申請者(夫)と異なる場合のみ記入)	電話 ()
助成状況		<input type="checkbox"/> 今回申請する治療費について、他の自治体から助成を受けていません。	
申請額※	保険診療費助成分	円 (治療方法がAからCのものに限る)	
	先進医療費助成分	円 (助成上限額:50,000円)	
	合計	円	
振込先口座	金融機関名	銀行 本店・支店 金庫 本所・支所 農協 出張所	金融機関コード 店舗コード
	預金種別	普通・当座	口座名義人カナ (申請者)
	口座番号	※ゆうちょ銀行を希望される場合は口座番号欄に「記号・番号」をご記入ください。	

【添付書類】 2,3 について、市の公簿で確認できる場合は添付を省略できます。

- 1 宇和島市生殖補助医療受診等証明書
- 2 夫婦であることを確認できる書類(戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)等)
- 3 住所を確認できる書類
- 4 治療を実施した医療機関が発行する領収書

※ 保険診療費と先進医療費の助成額

助成の区分	受診等証明書の "治療方法"の欄	A・B・C (治療期間中に胚移植を実施しているもの)	D・E・F
	保険診療費分	一律 50,000 円	助成対象外
先進医療費分	証明書の「領収金額」と助成上限金額(50,000 円)を比較し、低い方の額		

