

宇和島市妊活支援事業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、検査・治療等にかかる医療費及び通院交通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。

※該当する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			
	現住所	宇和島市		(歳)※検査の初日または 治療開始日時点の年齢						
		電話		()						
申請者(妻)	フリガナ			生年月日						
	氏名			昭和 平成	年	月	日			
	現住所	(申請者(夫)と異なる場合のみ記入)		(歳)※検査の初日または 治療開始日時点の年齢						
		電話		()						
振込先口座	金融機関名	銀行		本店・支店		金融機関コード		店舗コード		
		金庫		本所・支所						
			農協		出張所					
	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。								

【共通添付書類】1, 2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 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)
- 2 住所を確認できる書類
- 3 検査・治療を実施した医療機関が発行する領収書
- 4 その他市長が必要と認める書類

【宇和島市記入欄】

受給者番号			決定日					
申請受理 年月日			決定	☐ 承認 ☐ 却下	☐ 婚姻関係 婚姻日： ☐ 住所(住定日) ☐ 医療に関する給付確認 ☐ 重複助成なし 確認先			
助成種別	妊娠前検査		一般不妊治療		保険診療費分		先進医療費分	
	県補助対象		市単独				(県補助対象)	
治療費	円	円	円	円	円	円	円	
助成額	円	円	円	円	円	円	円	

裏面もご記入下さい。

助成状況	今回申請する検査・治療・通院交通費等について 他の自治体から助成を受けていますか。	☐ 受けていない ☐ 受けている 自治体名 ()
------	--	---

妊娠前検査費・一般不妊治療費		
※（様式第2号）宇和島市妊活支援事業助成金受診等証明書（妊娠前検査費・一般不妊治療費）を添付してください。		
今回申請の検査や治療より前に、ご夫婦で受けたことのある治療はありますか。		
☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 該当なし		
 （治療を受けた時期： ）		
過去に妊娠前（不妊）検査の費用助成を受けたことがありますか。		
☐ ない ☐ ある → （時期： 自治名： ）		
申請内容	A 治療費の合計	円
	B 付加給付費の合計	円
	C 助成申請額（A-B）	円（助成上限額 30,000 円）

生殖補助医療費		
※（様式第3号）宇和島市妊活支援事業助成金受診等証明書（生殖補助医療費）を添付してください。		
申請内容	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

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
助成の区分			
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	

不妊治療等通院交通費								
申請内容	通院の内容	☐ 次の通院期間(回数)は不妊治療（妊娠前(不妊)検査を含む）のために通院したものに相違ありません。 ☐ 通院期間において生活保護を受給していません。 ☐ 申請者欄に記載した住所地から医療機関に通院しました。						
	通院期間	年	月	日	～	年	月	日
	通院した医療機関 (所在地)	(		都・道 府・県			市・区 町・村)	
	助成申請額の 計算内訳	距離区分				助成額と通院回数		
		☐ 概ね 100km 未満 (県内の南予圏域及び高知県幡多圏域以外)				(2,000 円×_____回)		
☐ 概ね 100km 以上の四国内					(4,000 円×_____回)			
	☐ 概ね 100km 以上の四国外				(7,000 円×_____回)			
助成申請額		円（夫婦1組に対し上限 20 万円/年度）						