

まんのう町生殖補助医療費助成事業申請書

年 月 日

まんのう町長 様

申請者氏名 _____

まんのう町生殖補助医療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

(ふりがな) 氏 名	夫	()	妻	()		
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		
住 所 (※1)	〒 _____ 電話番号()					
住 所 (※2)	〒 _____ 電話番号()					
助成申請額	金 _____ 円 (うち男性不妊治療費分の金額 _____ 円)					
過去にまんのう町で <u>生殖補助医療費助成</u> を受けた後の出産(妊娠12週以後の死産を含む。)の有無 ☐ ない ☐ ある→ 出産前に受けた助成回数をリセットすることができます。 住民票、戸籍謄本(死産の場合は母子健康手帳のページの写し等)を添付してください。						
初回治療開始時の妻の年齢(歳)						
助成回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
自治体名						
助成時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
加入医療保険 (夫)	【保険者名称】 _____ 【保険者番号】 _____ 【被保険者の記号及び番号】 _____ 【被保険者名】 _____					
加入医療保険 (妻)	【保険者名称】 _____ 【保険者番号】 _____ 【被保険者の記号及び番号】 _____ 【被保険者名】 _____					
同意事項 まんのう町が次のことを行うことに同意します。 1 申請及び審査に係る必要事項の確認のため、私の住民票を確認すること。 2 助成の決定を行うために必要な場合、次のとおり関係機関に照会すること。 (1) 医療給付の有無等について、申請者又は申請者の扶養者が被保険者となる公的医療保険の保険者及び地方公共団体に対して照会すること。 (2) 生殖補助医療の内容、費用等について、関係の医療機関に対して照会すること。 3 まんのう町が、助成事業の成果を把握し、今後の制度の充実等を検討するため、治療内容、治療結果を収集し、個人が特定されないよう統計的に処理したものを専門家に提供し、意見を求めること。 4 以前の受給歴について、以前お住いの自治体に確認を行うこと。 まんのう町生殖補助医療費助成事業は、まんのう町が実施する事業です。この助成金は限られた公費予算から公正な支出を行うため、以前お住いの自治体等へ生殖補助医療費助成金の受給状況を確認することがあります。						
申請者氏名 _____						

※1夫婦の住所を記入してください。※2単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※裏面もご覧ください。

(裏面)

【添付書類】

- 1 まんのう町生殖補助医療費助成事業受診等証明書(保険診療用)(様式第2号)又はまんのう町生殖補助医療費助成事業受診等証明書(混合診療等用)(様式第3号)
 - 2 住所及び婚姻関係等にあることが証明できる書類
 - (1) 法律婚の場合
 - ・住民票(続柄の記載のあるもの)・・・夫婦同一世帯のとき
 - ・夫及び妻の住民票、戸籍謄本・・・夫婦別世帯のとき
 - (2) 事実婚関係の場合
 - ①双方の戸籍謄本(発行から3月以内の原本)
 - ②双方の住民票の写し
 - ③双方からの事実婚関係に関する申立書(様式第4号)
 - 3 夫及び妻の町税を完納していることを証明する書類
 - 4 実施医療機関が発行した生殖補助医療に要した費用の領収書及び明細書
- ※公簿等により確認できる書類については省略することができます。