様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　袖ケ浦市長　　　　様

袖ケ浦市不妊治療費等助成金支給申請書

　不妊治療費等の助成金の支給を受けたいので、袖ケ浦市不妊治療費等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下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 夫 | | ふりがな |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　歳） | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　―  電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | |
| 妻 | | ふりがな |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　歳） | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　―  電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | |
| 申請内訳 | | | | ①医療機関の自己負担額合計　　×１/２　　　　　　　　　円  ②院外処方の処方剤の自己負担額×１/２　　　　　　　　　円  ③男性不妊検査自己負担額　　　　　　　 　　　　　　　　円  ※②は院外処方がある場合のみ記入のこと  合計金額　①＋②＋③＝ 円  （千円未満切り捨て）  　　　　　 ④文書料　　　　　　　　　　　 円 | | | | | | | | | |
| 申請額 | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 金融機関名 | | 銀行・組合  金庫・農協 | | | | 本店・支店  出張所 | | | | | |
| 預金種別 | | 普通・当座 | 口座番号 |  |  | |  |  |  |  |  |
| ふりがな | |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | | |

【添付書類】・医療機関が発行する領収書及び診療明細書

・同意書（様式第２号）

・事実婚関係の場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第３号）

・一般不妊治療及び生殖補助医療は、不妊治療受診等証明書（様式第４号）

　　　 　 ・高額療養費、付加給付金の該当の場合は、それを証する書類

　　　　　 ・他の制度による助成の対象となる費用を証する書類