

伊達市生殖補助医療費助成申請書兼請求書

年 月 日

伊達市長

関係書類を添えて次のとおり生殖補助医療費の助成を申請・請求します。

	(ふりがな) 氏 名・生年月日	住 所・連絡先					
申請 (請求者)	年 月 日生 ( 歳)	郵便番号  連絡先 (自宅) (携帯)					
配偶者	年 月 日生 ( 歳)	郵便番号  連絡先 (自宅) (携帯)					
婚姻関係	<input type="checkbox"/> 法律上の婚姻関係			<input type="checkbox"/> 事実上の婚姻関係			
治療内容	治療ステージがAまたはBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精			<input type="checkbox"/> 顕微授精			
給付等の有無	<input type="checkbox"/> 福島県による助成（不妊治療支援事業等） <input type="checkbox"/> 附加給付			<input type="checkbox"/> 高額療養費（払戻し）			
助成回数 リセット	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（出生の場合：子の名（ ）、生年月日（ 年 月 日））						
助成金交付 申請・請求額 (院外処方を含む。)	a 当該治療の自己負担額（男性不妊治療除く。）		_____ 円				
	b 当該治療の自己負担額（男性不妊治療）		_____ 円				
	c 福島県不妊治療支援事業等の助成額		_____ 円				
	d 高額療養費（払戻し）及び附加給付の給付額		_____ 円				
	e 助成対象額 (a+b-c-d)		_____ 円				
	f 助成申請・請求額		_____ 円				
(eと助成上限額を比較して少ない方の額)							
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所		
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(ふりがな) 口座名義人			口座番号 (右詰め 7桁に満たない場合は頭に0)		
受給者番号							
申請・請求受理年月日		承認	助成金額 _____ 円				
決定年月日		不承認					

注) 太枠の中を記入してください。裏面に必要書類の説明があります。

通算申請回数	回	他市町村 確認日
上限回数	6・3	

- (添付書類)
- 1 同意書 (様式第 2 号)
  - 2 伊達市生殖補助医療費受診等証明書 (様式第 3 号)
  - 3 世帯全員分の住民票の写し※ 1
  - 4 (保険診療の場合) 伊達市生殖補助医療費領収金額明細書 (保険診療用) (様式第 4 号)
  - 5 (保険診療でない場合) 伊達市生殖補助医療費領収金額明細書 (自費用) (様式第 5 号)
  - 6 (夫婦の住所が異なる場合) 戸籍謄本※ 2
  - 7 (事実婚である場合) 戸籍謄本※ 2 及び事実婚関係に関する申立書 (様式第 6 号)
  - 8 (死産により助成回数をリセットする場合) 死産届の写し※ 3
  - 9 (高額療養費 (払戻し) 及び附加給付による給付を受けた場合) その給付金額を確認できる書類等の写し
  - 10 (福島県不妊治療支援事業等による助成を受けた場合) 県に提出した治療内容等及び領収金額が確認できる書類の写し並びに県からの助成額を確認できる書類の写し
  - 11 振込先の通帳の写し (名義が夫婦どちらかであること。)

※ 1 発行から 3 か月以内のもの。また、マイナンバーの記載はなく、続柄及び前住所地の記載を省略しないこと。

※ 2 発行から 3 か月以内のもの。事実婚の場合は、夫婦それぞれ提出すること。

※ 3 死産届の写し又は死産を確認できるもの