

申請期限は、原則として治療終了日の翌日から6か月以内です。

第1号様式（第4条関係）

須賀川市生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書

年 月 日

須賀川市長

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

夫	ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名					
妻	ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名					
住所		〒 _____ 電話 ()				
住所 <small>(夫と妻の住所が異なる場合のみ記入)</small>		〒 _____ 電話 ()				
通院した 医療機関 <small>(男性不妊治療分除く)</small>	医療機関名					
	所在地	都道府県			市区町村	
通院した 医療機関 <small>(男性不妊治療分)</small>	医療機関名					
	所在地	都道府県			市区町村	
交付申請額 <small>(男性不妊治療分除く)</small>		基準額 () 円	×	通院回数 () 回	=	申請額 () 円
交付申請額 <small>(男性不妊治療分)</small>		基準額 () 円	×	通院回数 () 回	=	申請額 () 円
交付申請額合計		円				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本・支店 本・支所 出張所	
	預金種別	普通・当座	フリガナ 口座名義人			
	口座番号					

※裏面の説明書をご覧ください

生殖補助医療交通費支援事業助成金に係る照会等に関する同意書	
私は、助成の適正を判断するために必要な場合は、須賀川市以外の自治体に対する本申請に係る情報の紹介及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。	
夫 _____	妻 _____

(市記入欄)

受給者番号					決定年月日	年 月 日
他市町村への申請		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

治療の内容・結果及び以前の受給歴について、医療機関及び他市町村に
確認及び情報提供を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算の公正な支出を行うため、対象の治療を保険適用及び保険適用外の体外受精、顕微授精、男性不妊治療と定めています。

申請のあった治療が上記の内容に適合するか、治療を実施した医療機関に確認することがあります。また、同様の助成事業を実施している市町村から転入された方又は転入される方につきましては、当該市町村に、この助成金の以前の受給状況の確認及び交付の状況について情報提供をすることがあります。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

添付資料

- 1 通院状況確認書（第2号様式）
- 2 医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書
- 3 （事実婚の場合）事実婚関係にあることを確認できる以下の書類
 - ア 二人の戸籍謄本
 - イ 二人の事実婚関係に関する申立書（第3号様式）
- 4 支払先金融機関の口座が確認できる通帳等の写し