

南島原市生殖補助医療費助成事業助成申請書

年 月 日

南島原市長 様

申請者 住所
電話番号
氏名
生年月日 (歳)

生殖補助医療費について市の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
なお、私及び私の配偶者は、本治療に対し、南島原市以外の市区町村から助成を受けておりません。
また、このことについて、生殖補助医療費の助成状況等を他の市区町村に確認されることに同意します。

配偶者	氏名			生年月日	
				年 月 日 (歳)	
(配偶者の住所) ※ 1	〒 電話				
治療の期間※ 2	年 月 日 ~ 年 月 日				
治療に要した本人負担 金額 ※ 3	円 : ①				
① - 10,000 円 (自己負担額)	円 : ②			助成申請額 ※ 4	円
振込先 〔申請者の口座に 限ります。〕	金融 機関名	支店名	預金 種別	口座番号	フリガナ
			普通		口座名義
			その他 ()		

※ 1 配偶者の住所が申請者の住所と異なる場合に記入してください。
※ 2 添付書類「南島原市生殖補助医療費助成事業受診等証明書」の「治療の期間」欄の日付を記入してください。
※ 3 添付書類「南島原市生殖補助医療費助成事業受診等証明書」の「領収金額」及び院外処方にかかる本人負担金があれば、その費用を含めて記入してください。
《ただし、高額療養費及び医療保険各法の規定に基づく付加給付が行われる場合は、その額を控除した額を記入してください。》
※ 4 ②が 100,000 円以上の場合は 100,000 円、100,000 円未満の場合は②の額を記入してください。
※ 通帳（振込先のわかるもの）を持参してください。
＜添付書類＞
1. 南島原市生殖補助医療費助成事業受診等証明書（様式第 2 号）
2. 法律上の婚姻の届出をしている夫婦又は事実婚の状態であること及び南島原市に住所を有することが確認できる書類（住民票謄本など）
3. 受診医療機関又は薬局が発行する治療費用に係る領収書の原本
4. 納税証明書（市税）
5. その他市長が必要と認める書類