

恵那市生殖補助医療助成金交付申請書

年 月 日

恵 那 市 長 様

助成金の交付を受けたいので、恵那市生殖補助医療助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて生殖補助医療費の助成金の交付を申請します。

(注)太枠の中をご記入ください。記

区分	氏 名(ふりがな)(署名又は記名押印)	生 年 月 日
申請者	()	年 月 日(歳)
配偶者	()	年 月 日(歳)
住 所	〒 ー 電話 ()	
(配偶者の住所 所地が異なる 場合)	〒 ー 電話 ()	
居住の確認	夫妻の住所地が異なる場合は、夫婦のうち恵那市に住民票がある方が回答してください。 この申請を市に行う日から1年以上前から恵那市に居住していますか。また、引き続き1年間恵那市に居住しますか。 はい いいえ(理由:)	
申請の区分(☑をしてください。) ☐ 保険外診療による生殖補助医療(採卵からの場合(男性不妊治療含む。):上限20万円、胚移植からの場合:上限10万円) ☐ 保険診療と併せて行われた先進医療(上限5万円) 申請額 円		
誓約事項(☑をしてください。) ☐ 恵那市生殖補助医療助成金の交付申請のため、必要な者の住民基本台帳を閲覧する事を承諾します。 ☐ この申請に必要な個人情報、本申請に関する事務のために使用し、助成金の交付の適否を判断するために必要な場合は、恵那市が医療機関、他の自治体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。 ☐ 申請の内容について相違ありません。 申請者氏名 申請者の配偶者		
過去に、恵那市又は他の自治体から生殖補助医療(先進医療を含む。)に係る助成を受けたことがありますか(現在申請中のものも含む。) ない ・ ある (ある場合、自治体名 助成回数 回) ※恵那市以外の他の自治体等で受けられた助成回数も、通算の助成回数に含みます。		
申請回数 通算 回目		

(添 付 書 類)

- 1.恵那市生殖補助医療受診等証明書(様式第2号)
 - 2.生殖補助医療を受けた医療機関発行の領収書(治療期間内のものに限る。)
 - 3.法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
 - 4.夫及び妻の住所を確認できる書類
- ※添付書類3及び4は、申請書の誓約事項欄に署名があれば必要ありません。