

岩出市生殖補助医療先進医療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり先進医療費の助成を申請します。  
 なお、同じ期間の治療について、他の地方公共団体から重複して本事業と同様の助成は受けていないことを誓約します。  
 記

区分	(ふりがな) 氏名		生年月日	
対象者	申請者	( )	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
	配偶者	( )	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
	婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚			
	申請者住所	〒( - )	電話 ( )	
	配偶者住所 (※1申請者と異なる場合のみ記入)	〒( - )	電話 ( )	
過去にこの助成金を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 和歌山県(和歌山市を除く)での助成歴 通算( )回				
今回の治療が2人目以降の不妊治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか <input type="checkbox"/> はい → 誕生日 又は 死産日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> いいえ				
申請者 氏名 _____				
申請額 _____ 金 _____ 円 (先進医療費自己負担額の7割 または10万円のどちらか金額の少ない額を記入)				
年 月 日 _____ 和歌山県知事 _____ 様				
振込先 (※2)	金融機関名	銀行 _____ 本店 金庫 _____ 支店 農協 _____ 出張所		
	預金種別	普通 _____ (ふりがな) 当座 _____ 口座名義人 _____ ( )		
	口座番号			

(注)太線内をご記入ください。

(承認・不承認)		申請受付日	
決定年月日			
受給者番号			

**※助成対象となる医療は、保険診療により実施した体外受精及び顕微授精による不妊治療(生殖補助医療)と併用して実施された先進医療となります。**

※1:夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。

※2:振込先の口座は申請者のものとし、口座名義人は戸籍の氏名と同じものとしてください。

(添付書類)

- 和歌山県生殖補助医療先進医療費助成事業受診等証明書(医療機関が記載)の写し
- 夫及び妻の住所を確認できる住民票の写し(発行後3か月以内のもの。続柄が記載されたものであって、法律上の婚姻をしていることが証明できるもの。)
- 戸籍謄本の写し(申請日時点で発行後3か月以内のもの。)

※法律婚の方は、年度内の2回目以降の申請において添付の省略は可。事実婚の方は申請ごとに添付が必要。

4 医療機関発行の不妊治療(生殖補助医療)に要した先進医療費用に係る領収書の写し(注) **必ず原本を保健所窓口にお示しください。**

5 妊娠12週以降に死産に至った場合に助成を受けることができる回数のリセットをする場合にあつては、死産届等

(死産届、母子健康手帳の「出産の状態」の頁、死産証書又は死胎検案書の写しその他の妊娠12週以降に死産に至ったことを証明できるものに限る。)

(注)母子健康手帳については必ず原本を保健所窓口にお示しください。必要な箇所をコピーした後、お返しします。

6 事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書(別記様式第3号)の写し