

笠間市長 様

笠間市生殖補助医療費等補助金交付を受けたいので、笠間市生殖補助医療費等補助金交付要綱第 7 条により、関係書類を添えて申請します。

申請者	(ふりがな) 氏 名	(夫 ・ 妻)		
	生 年 月 日	年	月	日 治療開始日の年齢 () 歳
	住 所	〒		
	電 話 番 号			
配偶者	(ふりがな) 氏 名	(夫 ・ 妻)		
	生 年 月 日	年	月	日 治療開始日の年齢 () 歳
	住 所	〒		
	電 話 番 号			
申請金額	金 _____ 円			
申請内訳	本人負担額		申請額	
	生殖補助医療	金 _____ 円	金 _____ 円	円
	男性不妊治療	金 _____ 円	金 _____ 円	円
	一般不妊治療	金 _____ 円	金 _____ 円	円
<ul style="list-style-type: none"> ・過去に笠間市生殖補助医療費等補助金を受けたことが <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→過去 () 回 ・補助金を受けた後に出産（妊娠 12 週以後の死産を含む。）に至った場合において、要綱第 6 条第 3 項の規定の適用を受ける旨の希望 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある→出生日 (年 月 日) ・医療保険者から限度額適用認定証の交付を <input type="checkbox"/>受けていない <input type="checkbox"/>受けている ・この申請の審査に際し、必要に応じて私の個人情報を閲覧し、確認することを承諾します。また、この申請の審査をするために必要な場合は、加入する医療保険者に給付の内容を照会すること及び医療機関に受診等の証明の内容を照会することを同意します。 				
氏名 (夫) _____		氏名 (妻) _____		
振込先	金融機関名	銀行・信組 金庫・農協	支店名	本店 支店
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

添付書類

- (1)生殖補助医療費等補助金受診等証明書（様式第 2 号）または一般不妊治療受診等証明書（様式第 3 号）
- (2)不妊治療に要した金額を証明できる書類（領収書や受領証の原本またはコピー）
- (3)限度額適用認定証 ※保険適用の治療を受けた方のみ。
- (4)出産をした者で、要綱第 6 条第 3 項の規定の適用を受けることを希望する場合にあっては、戸籍謄本、死亡届の写し等出産の事実が確認できる書類。
- (5)事実婚関係にあるものについては、重婚でないことを証明する書類及び事実婚に関する申立書
- (6)その他市長が必要と認める書類