

生殖補助医療費助成金交付申請書兼請求書

酒田市長 宛

下記について確認・同意の上、生殖補助医療費助成金の交付を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

○この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、確認を行うことに同意します。

○以下の場合には本市からの助成金の支給対象になりません。また本市からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、支給済みの助成金を返還することに同意します。

- ・本申請分の生殖補助医療費について、山形県以外の自治体から費用の助成を受けている場合
- ・申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合

フリガナ		生 年	年 月 日
氏 名	Ⓜ	月 日	日 歳
現住所 連絡先	〒 _____ 電話 _____ ※日中連絡が取れる番号を記載		
治療期間 (申請用証明書に記載されている期間)	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		
治療内容	採卵術・胚移植術・精巣内精子採取術・保険診療と併用した先進医療 ※○をつけてください		
治療費支払額 ①	保険診療による治療	円	
	保険診療と併用した先進医療	円	
山形県不妊治療費助成額 ②		円	
高額療養費払い戻し額 ③		円	
申請金額 ①-②-③		円	助成上限額9万円

《振込先 申請者名義の口座》

金融機関名	銀行・金庫・農協		支店・支所						
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号						
ゆうちょ銀行	店名	口座番号							
口座名義人 (カナ)									

《添付書類》

- (1) 生殖補助医療費助成事業申請用証明書 (医療機関分、及び薬局を利用された方は薬局分)
- (2) 医療機関の領収書・医療費明細書の写し、及び薬局を利用された方はその領収書・調剤明細書の写し
- (3) 山形県不妊治療 (生殖補助医療) 費助成金給付決定通知書の写し
- (4) 高額療養費限度額適用認定証、給付通知書等の写し (該当する方)