

和歌山市生殖補助医療先進医療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)和歌山市長

次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を受けていないことを誓約します。

区分	(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	(わかやま はなこ) 和歌山 花子	〇〇年 〇月 〇〇日 (▲▲歳)
	(わかやま たろう) 和歌山 太郎	〇〇年 〇月 〇〇日 (▲▲歳)
	※事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/>	
申請者住所	〒(□□□ - □□□) 和歌山市●● ▲丁目●番■号	電話 090(××××)000
配偶者住所 (※1申請者と異なる場合のみ記入)	〒(-) 電話 () 申請者と配偶者の住所が異なる場合のみ記入してください	
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 checked="" type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 和歌山市での助成歴 通算()回 <input type="checkbox"/> 和歌山県での助成歴 通算()回 通算助成回数は、保険診療として実施される治療の回数に準じます。一連の治療を分けて申請すること		
今回の治療が2人目以降の不孕治療の場合、助成回数の更新(今回の治療を1回目とすることをいいます。)を希望し <input type="checkbox"/> はい → 誕生日 又は 死産日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ		
申請金額 金 金額は空白でも結構です。 円 (先進医療費自己負担額の7割 又は10万円のいずれか少ない額を記入)		
振込先 (※2)	金融機関名	★★ (銀行・金庫・農協) ☆☆ 本店・支店・出張所
	預金種別	(普通) (ふりがな) () 当座 口座名義人 口座名義人と申請者は同じ方をお願いします。
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 (左詰記入)

(注)太線内をご記入ください。

※助成対象となる医療は、保険診療により実施した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、口座名義人も申請者としてください。

同意欄

 本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住民票、出産状況等の確認を行うことに同意します。 本申請にあたり、以前に在っていた市町村及び都道府県の助成の有無の確認を行うことに同意します。

なお、同意されない場合は必要書類を添付していただきます。ご了承ください。

自署し、又は記名押印してください。

申請者氏名 **和歌山 花子**配偶者氏名 **和歌山 太郎**

(申請者及び配偶者が自署し、又は記名押印してください。)