

新庄市生殖補助医療等回数追加助成金申請書兼請求書

新庄市長 宛

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記について確認・同意の上、生殖補助医療費等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。  
以下について確認し、間違いがなければ□にチェックを入れてください。

- 生殖補助医療（保険適応）について、40歳以上43歳未満で開始し、保険適用の上限回数（3回）を終了しました。
- この申請に係る住民基本台帳、市税の納付状況及び医療機関等における情報について、閲覧、確認を行うことに同意します。
- 以下の場合はこの助成金の支給対象になりません。こ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。
  - ・本市以外の自治体から、本助成と同様の目的の費用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

	夫	妻
フリガナ 氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住所 <small>※申請者の住所と住所が異なる場合に記入してください。</small>	〒 電話	〒 電話
治療費支払額	円	
申請金額	円	

《振込先》 ※申請者名義の口座をご記入ください。

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		
口座名義人（カナ）		

（添付書類）

- 1 新庄市生殖補助医療等回数追加助成事業受診等証明書
- 2 不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書・明細書
- 3 戸籍謄本
- 4 出生した場合の子の認知に関する意向書（事実婚の場合）（任意様式）