

福島市生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書

年 月 日

福島市長 様

治療を受けるための通院に要した経費に対し助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記により申請します。

|                          |                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 同意する                     | 助成の適正を判断するために必要な場合は、福島市以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。 |
| <input type="checkbox"/> |                                                                                    |

|                                                                   |        |                          |                 |
|-------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------|-----------------|
| 交付申請額（男性不妊治療分除く）                                                  |        | 円                        |                 |
| 交付申請額（男性不妊治療分）                                                    |        | 円                        |                 |
| 交付申請額 合計                                                          |        | 円                        |                 |
| 申請者<br>(※注)                                                       | (ふりがな) | 生年月日                     | 年 月 日生<br>( 歳)  |
|                                                                   | 氏 名    |                          |                 |
| 配偶者                                                               | (ふりがな) | 生年月日                     | 年 月 日生<br>( 歳)  |
|                                                                   | 氏 名    |                          |                 |
| 住 所（申請者）<br><input type="checkbox"/> 決定通知送付                       |        | 〒 電話 ( )                 |                 |
| 住 所（配偶者）<br>(申請者と住所が異なる場合のみ記入)<br><input type="checkbox"/> 決定通知送付 |        | 〒 電話 ( )                 |                 |
| 通院した<br>医療機関<br>(男性不妊治療分を除く)                                      | 医療機関名  |                          |                 |
|                                                                   | 住 所    | 都 道 市<br>府 県 区           |                 |
| 通院した<br>医療機関<br>(男性不妊治療分)                                         | 医療機関名  |                          |                 |
|                                                                   | 住 所    | 都 道 市<br>府 県 区           |                 |
| 振込先<br>(申請者名義)                                                    | 金融機関名  | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |                 |
|                                                                   | 預金種別   | 普通 当座                    | 口座名義人<br>(カタカナ) |
|                                                                   | 口座番号   | (右詰記入、空欄は0埋め)            |                 |

(※注) 申請者は、福島市の住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第6条の規定による住民基本台帳に記載されている者で、本人の治療のために医療機関を受診した者に限る。

- 【添付書類】
- (1) 通院状況確認書（様式2号）
  - (2) 医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書の写し
  - (3) (事実婚の場合) 事実婚関係にあることを確認できる以下の書類
    - ア 両人の戸籍謄本
    - イ 両人の事実婚関係に関する申立書（様式3号）
  - (4) 振込先の口座が確認できる通帳等の写し

|          |                                                       |                               |
|----------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 本人確認     | マイナンバーカード・その他 ( )                                     | 住所確認 <input type="checkbox"/> |
| 他市町村への申請 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |                               |

申請受付印

## 治療の内容・結果及び以前の受給歴について、医療機関及び他市町村に確認及び 情報提供を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算の公正な支出を行うため、対象の治療を保険適用及び保険適用外の体外受精、顕微授精、男性不妊治療と定めています。

申請のあった治療が上記の内容に適合するか、治療を実施したクリニック等に確認することがあります。また、同様の助成事業を実施している市町村から転入された方または転入される方につきましては、当該市町村に、この助成金の以前の受給状況の確認及び交付の状況について情報提供をすることがあります。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。