

萩市不妊治療サポート事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療サポート事業の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日										
夫	()	年 月 日	(歳)									
妻	()	年 月 日	(歳)									
住所(※1)	〒	電話 ()										
住所(※2)	〒	電話 ()										
申請者氏名 _____												
申請金額 金 _____ 円		医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 _____ 円										
年 月 日		萩市長 あて										
過去に他の自治体から生殖補助医療費の助成を受けたことがありますか。												
<input type="checkbox"/> 生殖補助医療費の助成を受けたことはない <input type="checkbox"/> 生殖補助医療費の助成を受けたことがある												
<table border="1"> <tr> <td>助成を受けた自治体</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>助成を受けた時期</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>助成金額(円)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				助成を受けた自治体			助成を受けた時期	年 月	年 月	助成金額(円)		
助成を受けた自治体												
助成を受けた時期	年 月	年 月										
助成金額(円)												
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店(支所) 出張所									
	預金の種類	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人									
	口座番号		(右詰記入)									
不妊治療サポート事業助成決定のため、私と配偶者の住民基本台帳を確認することに同意します。												
申請者(署名) _____												
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日										
受給者番号												

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

(添付書類)1 萩市不妊治療サポート事業医療機関等証明書

注)保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて申請書を提出してください。

2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(1ヶ月以内に発行されたもの)

3 医療機関が発行した生殖補助医療費に係る領収書及び明細書(原本)

4 住民票など住所を確認できるもの(同意欄に署名の場合は添付不要)

5 医療保険各法の規定による医療に関する給付額がわかる書類(申請時に間に合わない場合は後日提出)

6 市税の滞納がないことがわかる書類

7 夫及び妻の医療保険に係る保険証又は組合員証の写し

(裏面)

以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの助成限度が定められています。

他の自治体から転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

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。

萩市不妊治療サポート事業医療機関等証明書

年 月 日

萩市長 あて

(生殖補助医療実施医療機関)

住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

下記のとおり、生殖補助医療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受給者氏名	()	男 女	生年月日	年 月 日
病 名 (不妊症の原因疾患名)			貴医療機関における治療開始年月日 ----- 年 月 日	
年度における診療期間		年 月 日 から 年 月 日まで		
保 険 診 療 に 要 し た 総 点 数		点		
保 険 診 療 費 被 保 険 者 負 担 (領 収) 額		円		
保険診療に係る生殖補助医療の内容	<input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植(IVF-ET) <input type="checkbox"/> 顕微授精(卵細胞質内精子注入法、ICSI) <input type="checkbox"/> 凍結胚・融解移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術 <input type="checkbox"/> その他 ()			
特記事項				

注)保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入する。

注)処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。
(特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可)

萩市不妊治療サポート事業医療機関受診等証明書

年 月 日

萩市長 あて

(薬局)

住 所

名 称

薬剤師名

電話番号

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 患者氏名	()	男・女
患者生年月日	年 月 日	
処方せん 交付医療機関	医療機関名	
	所在地	
	医師名	
	交付年月日	
調剤内容	調剤年月日	
	薬剤名	
	投薬日数	
	領収金額	円

萩市不妊治療サポート事業請求書

金 _____ 円也

ただし、これは _____ 年 _____ 月 _____ 日付萩保健第 _____ 号で決定通知のあった
助成金として

上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

萩市長 あて

住 所

氏 名