

様式第1号（第6条関係）

米原市生殖補助医療費助成申請書兼請求書

申請者		夫		妻	
	(フリガナ) 氏名	()		()	
	生年月日	年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)	
	住所1 (注1)	〒		電話 ()	
	住所2 (注2)	〒		電話 ()	
申請金額	生殖補助医療費① (男性不妊治療を除く)	_____ 円		(50,000 円または 25,000 円上限) (注3)	
	男性不妊治療費②	_____ 円		(30,000 円上限) (注4)	
	合計 (①+②)	_____ 円			
<p>米原市長様</p> <p>米原市生殖補助医療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて上記のとおり生殖補助医療費の助成を申請し、助成金の交付を請求します。また、助成の適正を判断するため以下の事項に同意します。</p> <p>1. 米原市が米原市以外の自治体に対して本申請に係る情報の照会および提供を行うこと。</p> <p>2. 医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。</p> <p>3. 住民票、所得ならびに市税に関する公簿を閲覧すること。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____ 印 _____ 印</p> <p>(夫および妻がそれぞれ記名押印)</p>					
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店・支店 営業所・代理店	
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人		
	口座番号				(右詰記入)

太枠内を記入してください。注意事項等裏面に記載

申請受理年月日	年 月 日	(承・不承) 認決定年月日	年 月 日
受有者番号		備考欄	

受付確認

添付書類 チェック 欄	生殖補助医療に係る実施医療機関証明書	<input type="checkbox"/>
	領収書および診療明細書 (他医療機関あり <input type="checkbox"/> ・処方箋薬局あり <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
	住所と法律上の姻関係にあることを証明する書類 (必要時)	<input type="checkbox"/>
	事実婚関係に関する申立書 (必要時)	<input type="checkbox"/>
	所得証明書 (市外に住所を有するもののみ)	<input type="checkbox"/>
	そ の 他	<input type="checkbox"/>

- 注意事項
1. 住所1欄は、夫婦の住所を記入してください。
 2. 住所2欄は、単身赴任等で夫または妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。
 3. 1回当たりの助成額の上限は、50,000円とします。ただし、治療内容が「以前凍結した胚を解凍して胚移植を実施した場合」または「採卵したが卵が得られない、もしくは状態のよい卵が得られない等のために中止（終了）した場合」の助成額は、1回当たり25,000円を上限とします。
 4. 男性不妊治療として、精子を精巣または精巣上体から採取するための手術の治療費が生じた場合は、1回当たり30,000円を上限とします。

- 添付書類
1. 生殖補助医療に係る実施医療機関証明書
 2. 医療機関が発行した生殖補助医療に要した費用に係る領収書および診療明細書（主治医の指示により、他医療機関で実施した治療や院外処方に要した費用の領収書も含む。）
 3. 住所と法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類。ただし、夫婦双方が日本国籍を有し、かつ同一世帯（米原市内）である場合は省略することができます。
 4. 事実婚関係にある場合は、「事実婚関係に関する申立書」が必要です。
 5. 夫婦のいずれか一方が市外に住所を有する場合は、市外に住所を有する者の所得証明書が必要です。