様式第１号（第６条関係）

津山市生殖補助医療支援事業助成金交付申請書

年　　月　　日

津　山　市　長　様

関係書類を添えて下記のとおり津山市生殖補助医療の助成を申請します。
なお、申請に当たり，助成対象者の資格について公簿等で確認することに同意します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年　　月　　日
	氏　　名			
	住　　所	〒　　－	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年　　月　　日
	氏　　名			
	住　　所	〒　　－	電話番号	
婚姻年月 （入籍年月日）	年　　月　　日 ※事実婚の場合は、記入不要です。			
①過去に助成を受けたことがありますか。　ある　・　ない 「ある」と答えた方　→　過去（　　）回受けた。（　　年　　月頃） ②今回申請する治療費について高額療養費の支払いを受けましたか。　受けていない・受けた 「受けた」と答えた方　→　高額医療費（　　）円				
申請額	金　　円			

《申請に必要なもの》

⑴　生殖補助医療支援事業受診証明書（様式第２号）
⑵　医療機関の発行した生殖補助医療費に係る領収書及び明細書の写し
⑶　法律上の婚姻関係にあることを証明する書類又は事実婚関係に関する申立書（様式３号）
⑷　夫婦の住所が確認できる書類
⑸　その他市長が必要と認める書類

※事実婚の場合は，夫婦それぞれの戸籍抄本、事実婚関係に関する申立書

〈市記入欄〉

決定年月日	年　　月　　日　　承認・不承認	受付印
受給者番号		
医療機関支払額	円	
津山市決定額	円	