

津山市生殖補助医療支援事業助成金交付申請書

令和 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。

必須要件		夫婦のいずれか一方が申請日現在、津山市に1年以上住所を有していること。		
申請者	ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			平成 年 月 日
	住所	〒 -	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			平成 年 月 日
	住所	〒 -	電話番号	
婚姻年月日 (入籍年月日)	年 月 日			
※婚姻の届出をしていない場合は、記入不要です。				
今回申請する治療費について高額療養費の限度額認定証をお持ちですか。 持っている ・ 持っていない				
申請金額等	金 円 (回目)			

- 必要書類
- 津山市生殖補助医療支援事業助成金交付申請書(様式第1号)
 - 生殖補助医療支援事業受診証明書(様式第2号)
 - 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
 - 津山市生殖補助医療支援事業助成金請求書

- 必要に応じて (法律上婚姻をしており、ご夫婦のご住所が異なる方)
- 戸籍謄本(原本)
- (事実婚関係にあるご夫婦)
- 夫婦それぞれの戸籍抄本(原本)
 - 事実婚関係に関する申立書(様式第3号)
- ※夫及び妻が外国籍を有している場合、婚姻日が記載された婚姻をしていることを証明する書類(法律婚の場合)、もしくは婚姻要件具備証明書(事実婚の場合)が必要です。なお、外国語によるものは日本語訳の添付をお願いします。
- (高額療養費限度額認定証を持っている方)
- 高額療養費限度額認定証
- (高額療養費限度額認定証持っていない方)
- 健康保険証

市記入欄

住民票(1年以上)確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受付者
高額適用区分 (○をつける)	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	
決定年月日	令和 年 月 日 承認 ・ 不承認	受付印
受給者番号		
医療機関支払い額		
津山市決定額	円	
		受付日

※ 他の市町村から、同種の助成金を受けている場合は、申請不可