

様式第1号(第6条関係)

備前市生殖補助医療支援事業補助金交付申請書兼請求書

備前市長 様 年 月 日

備前市生殖補助医療支援事業補助金の交付を受けたいので、備前市生殖補助医療支援事業補助金交付要綱第6条の規定により申請します。

なお、申請に当たり、備前市長が支給の決定に関して、補助対象者の資格について、確認することに承諾します。

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 持っている ・ 持っていない				
申請金額等 (請求書)		金 _____ 円 (_____ 回目)		

- 必要書類等

☐ 夫婦のいずれか一方が申請日現在、備前市に1年以上住所を有している。
☐ 備前市生殖補助医療支援事業補助金交付申請書(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
- 必要に応じて

☐ (法律上婚姻をしており、夫婦の住所が異なる場合) 戸籍謄本(夫婦の一方が外国人住民の場合にあってはいずれか一方の戸籍謄本、夫婦の双方が外国人住民の場合にあっては公的機関が発行した書類で市長が適当と認めるもの)
☐ (事実婚関係にある場合) 夫婦それぞれの戸籍抄本※「戸籍抄本」とは、一人分の戸籍謄本
☐ (事実婚関係にある場合) 事実婚関係に関する申立書(様式第3号)
☐ 高額療養費限度額認定証(高額療養費限度額証を持っている場合)又は健康保険証又は資格確認書又はマイナンバーカード

【振込先】

金融機関の 名 称	銀行・信用金庫・ 農協				本店・支店・支所			
	金融機関コード				支店コード			
口座種別	普通・当座・()				口座番号			
フリガナ								
名 義 人								

市記入欄

高額適用区分 (○をつける)	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	受付印
決定年月日	年 月 日 承認 ・ 不承認	
受給者番号		
医療機関支払い額		
備前市決定額	円	受付日
住民票(1年以上)確認 : ☐ ある ☐ なし		受付者

※ 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

