

相馬市生殖補助医療交通費支援事業助成申請書兼請求書

年 月 日

相馬市長 様

申請者氏名 住所 _____

氏名 _____ 印

相馬市生殖補助医療交通費支援事業実施要綱第4条の規定により、助成金の交付を申請（請求）します。

交 付 申 請 額 合 計						円
夫	(ふりがな)				生年月日	年 月 日 (生 歳)
	氏 名					
妻	(ふりがな)				生年月日	年 月 日 (生 歳)
	氏 名					
住 所		〒 _____ 電話 () _____				
※夫と妻の住所が異なる 場合のみ記入		〒 _____ 電話 () _____				
振 込 先 ※申請者名義	金融機関名	銀行・組合・金庫			支店名	
	預 金 種 目	1 普通	2 当座	3 その他 ()		
	口 座 番 号					右詰記入
	口 座 名 義	カナ				
		漢字				

【添付書類】

- (1) 通院状況確認書（様式2号）
- (2) 医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書
- (3) (事実婚の場合) 事実婚関係にあることを確認できる以下の書類
 - ア 両人の戸籍全部事項証明書
 - イ 両人の事実婚関係に関する申立書（様式3号）
- (4) 振込先の口座が確認できる通帳等の写し

生殖補助医療交通費支援事業助成金に係る照会等に関する同意書

私（申請者）及び配偶者は、助成の適正を判断するために必要な場合は、相馬市以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。

【申請者】 _____ 【配偶者】 _____

治療の内容・結果及び以前の受給歴について、医療機関及び他市町村に確認及び
情報提供を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算の公正な支出を行うため、対象の治療を保険適用及び適用外の体外受精、顕微授精、男性不妊治療と定めています。

申請のあった治療が上記の内容に適合するか、治療を実施したクリニック等に確認することがあります。また、同様の助成事業を実施している市町村から転入された方または転入される方につきましては、当該市町村に、この助成金の以前の受給状況の確認及び交付の状況について情報提供をすることがあります。

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。