

年 月 日

宇土市不妊治療費助成事業申請書

宇土市長 様

申請者氏名

生殖補助医療・一般不妊治療費に係る助成を受けたいので、宇土市不妊治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

併せて、市が備える私の世帯に係る住民基本台帳及び不妊治療に係る受診内容その他助成金の審査決定に関し必要な情報を調査することに同意します。

※太枠の中を記入ください。

夫	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
	加入保険	【種別】国保・協会・組合・共済・その他 【保険者名称】			
妻	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
	加入保険	【種別】国保・協会・組合・共済・その他 【保険者名称】			
申請者住所		〒		電話番号	()
住所（※１）		〒		電話番号	()
同じ世帯で医療費の一部負担金を 21,000 円以上支払った家族の有無					有 ・ 無
同月に同一世帯で 70 歳から 74 歳までの方の医療機関での診療の有無					有 ・ 無
助成金申請額		円			
過去の助成 状況		☐ 宇土市以外の自治体で同一の治療期間に係る助成を受けたことはありません。			
		【生殖補助医療の方】 助成回数：今回が () 回目 ☐ 出産等により過去の助成回数のリセットを希望する。 出産日又は死産日 (年 月 日)			

備考 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。

※１ 夫婦の住所が、単身赴任等で異なる場合に記入ください。