

様式第1号（第5条関係）

本宮市生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

本宮市長

次のとおり生殖補助医療交通費支援事業助成金を交付されますよう、本宮市生殖補助医療交通費支援事業実施要綱第5条の規定により申請します。

	ふりがな	住所・連絡先
	氏名 生年月日	
申請者 (請求者)	年 月 日 ( 歳) <span style="float:right">⑩</span>	〒 ー 電話：
	年 月 日 ( 歳)	〒 ー ・申請者と同じ 電話：
申請者の [ 夫・妻 ]	年 月 日 ( 歳)	〒 ー 電話：
婚姻関係	<input type="checkbox"/> 法律上の婚姻関係 <input type="checkbox"/> 事実上の婚姻関係	
通院医療機関 (男性不妊治療を除く)	名 称： 所在地：	
通院医療機関 (男性不妊治療分)	名 称： 所在地：	
申 請 額 (男性不妊治療を除く)	基準額	① 円
	通院回数	② 回
	申請額 (①×②)	③ 円
申 請 額 (男性不妊治療分)	基準額	④ 円
	通院回数	⑤ 回
	申請額 (④×⑤)	⑥ 円
合計助成申請額 (③+⑥)		円
振込希望 金融機関口座	金融機関名	本店・支店・出張所
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	

(裏)

1. 注意

(1) 申請期間は、原則として治療終了日の翌日から起算して1年以内です。

2. 添付書類

- (1) 通院状況確認書（様式第2号の1又は様式第2号の2）
- (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) 助成金に係る照会等に関する同意書（様式第3号）
- (4) 事実婚関係に関する申立書（様式第4号）：事実婚関係にある夫婦のみ添付
- (5) その他市長が必要と認める書類