年　　月　　日

美郷町長　様

申請者　住所

氏名

電話番号（　　）　－

美郷町生殖補助医療費助成申請書

美郷町生殖補助医療費助成要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

区　　分		氏（ふりがな）名	生年月日
夫			年　　月　　日
妻			年　　月　　日
住所		〒 電話（　　）　－	
住所（※１）		〒 電話（　　）　－	
指定口座	金融機関名	銀行・金庫・農協	
	同店舗名	本店・本所・支店・支所・出張所・代理店	
	現金種目	1 普通　2 当座　3　その他（　　）	
	口座番号		
	口座名義人	フリガナ	
加入保険（夫）		【種別】国保・健保・船員・共済・その他（　　） 【番号】	
加入保険（妻）		【種別】国保・健保・船員・共済・その他（　　） 【番号】	
自己負担金合計		円	
助成金額		円	

同意書

生殖補助医療費助成決定のために、私と配偶者の住民基本台帳について、確認することを同意します。

申請者　　印

＜注意事項＞

⑴　太枠内を記入してください。

⑵　「※１」は、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。

（＊担当課で記入）

第　　期	受理年月日	住民基本台帳確認欄
	年　　月　　日	年　月　日

＜添付書類＞

⑴　生殖補助医療医師証明書（先進医療を実施していない者のみに限る。）
　＊自己の都合により複数の医療機関に受診する場合は、それぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。

⑵　生殖補助医療に要した費用の領収書（原本）及び診療明細書

⑶　夫婦の保険証の写し

⑷　島根県が発行した、島根県不妊治療＜先進医療＞費助成事業承認決定通知書及び、島根県不妊治療＜先進医療＞費助成事業受診等証明書
　（保険適用の対象となる生殖補助医療と併用で先進医療を実施した者に限る。）

⑸　夫婦それぞれの戸籍謄本と事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合に限る。）

＊（1），（5）の書類について、初回申請時に助成決定を受けた夫婦が同一医療機関で継続して不妊治療を受ける場合は、2回目以降の申請の際は提出不要です。

＜申請期限＞

治療の終了した日の属する月の末日から1年の間に提出してください。

＜申請先＞

美郷町役場健康福祉課（健康推進係）または大和事務所へご提出ください。