

田辺市生殖補助医療先進医療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり先進医療費の助成を申請します。  
なお、同じ期間の治療について、他の地方公共団体から重複して本事業と同様の助成は受けていないことを誓約します。

記

| 区分                                                                                                                                                                                                                            |                                                                | (ふりがな)<br>氏 名                                                                           |        | 生年月日 |                             |   |   |   |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|-----------------------------|---|---|---|--------|
| 対象者                                                                                                                                                                                                                           | 申請者                                                            | ( )                                                                                     |        |      | 昭和<br>平成                    | 年 | 月 | 日 | ( 歳    |
|                                                                                                                                                                                                                               | 配偶者                                                            | ( )                                                                                     |        |      | 昭和<br>平成                    | 年 | 月 | 日 | ( 歳    |
|                                                                                                                                                                                                                               | 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 |                                                                                         |        |      |                             |   |   |   |        |
|                                                                                                                                                                                                                               | 申請者住所                                                          | 〒 (                      -                      )                                       |        |      | 電話 (                      ) |   |   |   |        |
|                                                                                                                                                                                                                               | 配偶者住所<br>(※1 申請者と異なる場合のみ記入)                                    | 〒 (                      -                      )                                       |        |      | 電話 (                      ) |   |   |   |        |
| 申請者<br>氏 名                      _____<br>申 請 額                                              金                                              円<br><br>年    月    日<br><br>田 辺 市 長                                              様 |                                                                |                                                                                         |        |      |                             |   |   |   |        |
| 振込先<br>(※2)                                                                                                                                                                                                                   | 金融機関名                                                          | 銀行                      本店<br>金庫                      支店<br>農協                      出張所 |        |      |                             |   |   |   |        |
|                                                                                                                                                                                                                               | 預金種別                                                           | 普通                                                                                      | (ふりがな) |      | ( )                         |   |   |   |        |
|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                | 当座                                                                                      | 口座名義人  |      |                             |   |   |   |        |
|                                                                                                                                                                                                                               | 口座番号                                                           |                                                                                         |        |      |                             |   |   |   | (左詰記入) |

(注) 太線内をご記入ください。

|              |  |       |  |
|--------------|--|-------|--|
| ( 承認 ・ 不承認 ) |  | 申請受付日 |  |
| 決定年月日        |  |       |  |
| 受給者番号        |  |       |  |

※助成対象となる医療は、保険診療により実施した体外受精及び顕微授精による不妊治療（生殖補助医療）と併用して実施された先進医療となります。

- ※1：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。  
住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。
- ※2：振込先の口座は申請者のものとし、口座名義人は戸籍の氏名と同じものとしてください。  
(添付書類)
- 1 和歌山県生殖補助医療先進医療費助成事業受診等証明書の写し
  - 2 和歌山県生殖補助医療先進医療費助成事業助成金交付決定通知書の写し
  - 3 夫婦の姓又または世帯が異なる場合は、申請日に戸籍上夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本及び附票) の写し
  - 4 夫婦の住所を確認出来る書類(住民票) の写し
  - 5 事実婚(婚姻の届出を出していないが事実上婚姻関係を同様の事情にある場合をいう。)の場合は、事実婚関係に関する申立書
  - 6 承認医療機関発行の先進医療に要した費用に係る領収書の写し
  - 7 妊娠12週以降に死産に至った場合に助成を受けることができる回数のリセットをする場合にあっては、死産届等  
(死産届、母子健康手帳の「出産の状態」の頁、死産証書又は死胎検案書の写しその他の妊娠12週以降に死産に至ったことを証明できるものに限る。)
  - 8 振込先の口座が確認できる書類(例：通帳やキャッシュカードの写し)  
(注) 母子健康手帳については必ず原本を保健所窓口にお示しください。必要な個所をコピーした後、お返しします。