

善通寺市長 様

申請者氏名 _____

善通寺市ゆりかご支援事業（生殖補助医療）申請書

善通寺市ゆりかご支援事業（生殖補助医療）実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな 氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
住 所 （※1）	〒 _____ 電話番号（ _____ ）			
住 所 （※2）	〒 _____ 電話番号（ _____ ）			
申 請 額	金 _____ 円 （うち、男性不妊治療費分の金額 _____ 円）			
今回の治療を保険診療で受診した場合	健康保険の限度額適用認定証の適用区分の有無 <input type="checkbox"/> 受診者が妻 <input type="checkbox"/> 有（ア・イ・ウ・エ・オ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 <input type="checkbox"/> 有（ア・イ・ウ・エ・オ） <input type="checkbox"/> 無			
過去の助成の有無	令和4年4月1日以後に開始した治療のうち、善通寺市又は他の自治体から、治療に係る助成を受けたことがありますか。（なし・あり） ありの場合は、自治体名、助成時期及び助成金額を記入してください。			
	自治体名	助成時期		助成金額
		年 月		円
		年 月		円
		年 月		円
		年 月		円
		年 月		円
過去に善通寺市で生殖補助医療費助成を受けた後の出産（妊娠12週以後の死産を含む。）の有無について、該当する方に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 出産前に受けた助成回数をリセットすることができます。 戸籍謄本（死産の場合は母子健康手帳のページの写し等）を添付してください。				
他自治体における助成について、該当する場合は□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。				
同 意 事 項 本申請に係る必要事項の確認のため、善通寺市が次のことを行うことに同意します。 1. 私の住民票情報を確認すること。 2. 他の自治体へ照会し、又は他の自治体からの照会に応じること。				
夫氏名 _____		妻氏名 _____		

※1 夫婦の住所を記入してください。 ※2 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※裏面もご覧ください

(裏面)

添付書類

1 善通寺市ゆりかご支援事業（生殖補助医療）受診等証明書（第2号様式）

2 住所及び婚姻関係等にあることが証明できる書類

(1) 法律婚の場合

・住民票の写し（続柄の記載のあるもの）・・・夫婦同一世帯のとき

・夫及び妻の住民票の写し・戸籍謄本・・・夫婦別世帯のとき

(2) 事実婚関係の場合

① 双方の戸籍謄本

② 双方の住民票の写し

③ 双方からの事実婚関係に関する申立書（第3号様式）

※住民票の写し及び戸籍謄本については、申請の日前3月以内に発行されたものの原本に限ります。

3 市税を滞納していないことを証明する書類（完納証明書）

4 医療機関が発行した生殖補助医療の領収書及び明細書

5 申請者の本人確認ができる書類

※公簿等により確認できる場合は、住民票の写しを省略することができます。

(市記入欄)

保険診療（回数リセット有 無）

初回治療開始 時の妻の年齢	歳	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

保険外診療等（回数リセット有 無）

1回目	2回目	3回目
年 月	年 月	年 月

※本申請に係る算定自己負担額 _____ 円