

様式第1号(第5条関係) 八代市生殖補助医療費助成金給付申請書

(あて先)八代市長

令和 年 月 日

助成要件チェック欄

- 医療機関において不妊症と診断された夫婦(事実婚含む)であること
- 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること
- 治療開始から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が、八代市の住民基本台帳に記載され、今後も本市に1年以上居住する意思があること
- 夫婦のいずれも市税の滞納がないこと
- 他の市区町村で、今回の申請に係る助成金等の給付を受けていないこと

上記事項を承認した上で、関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。併せて、申請者及び配偶者の市税等の納付状況を照会することに同意します。なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

申請者	氏名	フリガナ() Ⓢ ※シャチハタ印不可	S・H	年	月	日生	歳
	住所	〒	電話番号	—	—	—	—
配偶者	氏名	フリガナ() 署名又は Ⓢ 記名・押印	S・H	年	月	日生	歳
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 〒					
今回の治療期間		令和 年 月 日(歳)		～ 令和 年 月 日			
A 自己負担額		B 高額療養費		C 附加給付金等		D 市助成基準額 (A-B-C)	
円		円		円		円	
						50,000 円	
申請金額		※DとEの少ない方の額		※金額訂正不可		円	

◆振込先 ※申請者と口座名義人は同一

金融機関名				支店名				預金種別			
銀行・農協 信用金庫・信用組合				本店・支店 支所・出張所				普通・当座			
口座番号				口座名義人				フリガナ()			

- 〈添付書類〉1. 八代市生殖補助医療費助成金給付受診等証明書(様式第2号) 2. 領収書の写し
 3. 口座番号がわかる通帳またはキャッシュカードの写し 4. 保険証の写し(治療をした者)
 ※5. 一つの医療機関あたり、自己負担額が1ヶ月21,000円を超える場合は、高額療養費、附加給付金等が確認できる書類の写し(医療費通知等) ※6. 夫婦いずれか市外の住所の場合、住所地発行の「未納がない証明書」(納税証明書等) ※7. 申立書(事実婚の方)
- 〈申請書受付期限〉 治療を終了した日の属する月の初日から起算して1年以内の日まで

八代市記入欄

添付書類 <input type="checkbox"/> 1 受診等証明書(様式第2号)	妻コード		市税滞納	有・無
<input type="checkbox"/> 2 領収書の写し ※ <input type="checkbox"/> 5 医療費通知等	妻住民日		給付	可・不可
<input type="checkbox"/> 3 通帳等の写し ※ <input type="checkbox"/> 6 納税証明等	夫住民日		相手方番号	
<input type="checkbox"/> 4 保険証の写し ※ <input type="checkbox"/> 7 申立書				