

申請者 住所
 氏名 印
 電話番号（ ） -

生殖補助医療費助成申請書

邑南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 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>

- 太枠内を記入してください。
- 「※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>

(1) 生殖補助医療医師証明書（様式第2号）

*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。

*先進医療を実施していない者のみに限ります。

(2) 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

(3) 夫婦の保険証の写し

(4) 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ものに限ります。

(5) 夫婦それぞれの戸籍謄本と事実婚関係に関する申立書

*事実婚の場合に限ります。

<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>

邑南町役場保健課（瑞穂支所）、または、本庁福祉課窓口、羽須美支所窓口へご提出ください。