

様式第1号（第7条関係）

生殖補助医療費助成申請書兼請求書

年 月 日

奥出雲町長

様

申請者 住 所

氏 名

電話番号 () -

奥出雲町生殖補助医療費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり治療費の助成を申請します。

なお、助成の適正を判断するため、町が必要に応じ、生殖補助医療に係る領収書及び医療機関証明等に不明な点がある場合、医療機関に照会することに同意します。

記

	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住所(※)	〒 -	〒 -
電話番号	() -	() -
加入保険	【種別】健康保険・国民健康保険・船員保険・共済保険 ・その他 () 【番号】	【種別】健康保険・国民健康保険・船員保険・共済保険 ・その他 () 【番号】
生殖補助医療に係る助成金の申請状況	☐ 初めての申請 ☐ 過去に申請あり 申請自治体 ☐ 奥出雲町 (回) ☐ 島根県 (回) ※先進医療助成 ☐ その他 () (回)	
申請金額	金 円 <内 訳> 申請書支払額 円 (別添領収書のとおり) 島根県助成額等 円 差 引 円	
既助成額	年 月 日交付 円 年 月 日交付 円 年 月 日交付 円	年 月 日交付 円 年 月 日交付 円

※太枠内を記入してください。
※夫婦の住所は申請者と同一の場合は申請者欄の記載のみで、単身赴任等で夫婦住所が異なる場合はそれぞれ記載してください。

- 【添付書類】
- ☐ 生殖補助医療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
 - ☐ 医療機関が発行した生殖補助医療に係る費用の領収書及び明細書
 - ☐ 住民票
 - ☐ 婚姻関係が証明できる書類
＜事実婚関係にある方＞ ☐ 戸籍謄本 ☐ 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）
 - ☐ 島根県不妊治療＜先進医療＞費助成事業承認決定通知書
 - ☐ 島根県不妊治療＜先進医療＞費助成事業受診等証明書（写し）