

八幡浜市先進医療不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

八幡浜市長 様

住 所
申請・請求者 氏 名
電話番号

下記の事項に同意のうえ、先進医療に係る費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求をします。

記

- 1 助成金の交付要件を確認するため、市が申請者の個人情報を公簿等により確認すること。
- 2 市が申請者の個人情報を公簿等により確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること。
- 3 市が先進医療の実施に関して診療報酬明細情報等を保険者に照会すること。
- 4 市が先進医療の実施に関して治療を行った保険医療機関等に照会すること。
- 5 偽りその他不正の行為により助成を受け、又は受けようとした場合は、助成金の交付決定を取り消し、既に申請者に対して交付した助成金の全部又は一部を返還させること。

夫婦氏名等	夫	妻			
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
夫婦の住所が異なる場合の住所					
先進医療に要した費用	(A)	円			
附加給付、助成金等、給付金等がある場合は、その金額	(B)	円			
交付請求額	(A - B)	円			
添付書類	(1) 先進医療の実施医療機関が発行した八幡浜市先進医療不妊治療費助成事業受診証明書 (様式第2号) (2) 事実上婚姻関係と同様の事情にある場合は、事実婚関係に関する申立書 (様式第3号) (3) 医療保険各法の規定による被保険者証、組合員証又は加入者証の写し (4) 保険医療機関等が発行した領収書及び明細書 (助成対象治療が含まれるものに限る。) (5) 他に助成金等がある場合は、当該助成金額を確認できる書類の写し (6) その他市長が必要と認める書類				
振込口座	金融機関名	支店名等	預金種別	口座番号	口座名義人 (カナ)
	銀行 金庫 組合 農協	支店 支所	1 当座 2 普通		