

第1号様式（第4条関係）

会津若松市生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

会津若松市長 あて

関係書類を添えて次のとおり会津若松市生殖補助医療交通費支援事業助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

		氏 名		生年月日						
申請者				年 月 日 (歳)						
配偶者氏名				年 月 日 (歳)						
住 所		会津若松市				TEL				
配偶者の住所が異なる場合						TEL				
治療期間		年 月 日～				年 月 日				
通院医療機関 (男性不妊治療を除く)	医療機関名				受診回数 回					
	住所									
通院医療機関 (男性不妊治療分)	医療機関名				受診回数 回					
	住所									
申請額(男性不妊治療分除く)		円		(基準額※1 円× 回)						
申請額(男性不妊治療分)		円		(基準額※1 円 × 回)						
合計申請額		円								
振 込 先	金融機関名			本店 支店	口座の種類		普通・当座・その他			
	フリガナ 口座名義人				口座 番号					

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳見開き下部にある店名と7桁の口座番号を記載してください

<生殖補助医療交通費支援事業助成金に係る照会等に関する同意書>

私は、助成の適正を判断するために必要な場合は、会津若松市以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。

申請者氏名

申請者の配偶者氏名

治療の内容・結果及び以前の受給歴について、医療機関及び他市町村に確認及び情報提供を行うことに関する説明書

この助成は、限られた公費予算の公正な支出を行うため、対象の治療を保険適用及び保険適用外の体外受精、顕微授精、男性不妊治療と定めています。

申請のあった治療が上記の内容に適合するか、治療を実施したクリニック等に確認することがあります。また、同様の助成事業を実施している市町村から転入された方または転入される方につきましては、当該市町村に、この助成金の以前の受給状況の確認及び交付の状況について情報提供をすることがあります。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

- ※1 会津若松市から生殖補助医療を受けた医療機関までの移動に要した費用について「福島県生殖補助医療交通費支援事業実施要綱」に基づいた基準額は下記の表のとおりです。
【通院1回あたりの基準額（県基準額）】

郡山市	福島市	いわき市	宮城県	山形県	新潟県	栃木県	茨城県	東京都その他
1,000円	2,000円	3,000円	3,000円	2,000円	2,000円	2,000円	5,000円	6,000円

【個人情報の取扱いについて】

記入された個人情報については会津若松市生殖補助医療交通費支援事業助成金交付に係る事務以外には使用はいたしません。

◎添付書類

- ☐ 通院状況確認書（第2号様式）
- ☐ 医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書の写し及び明細書の写し
- ☐ 振込口座の通帳等の写し
- ☐ （事実婚の場合）事実婚関係にあることを確認できる以下の書類
 - ア 両人の戸籍抄本
 - イ 両人の事実婚関係に関する申立書（第3号様式）

◎職員確認欄

- ☐ 顔写真付き本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証・パスポート等）

<会津若松市記入>

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号			交付 ・ 不交付	円