

武雄市長 様

年度武雄市生殖補助医療費助成金交付申請書及び実績報告書

武雄市生殖補助医療費助成金の交付を受けたいので、武雄市生殖補助医療費助成金交付要綱の規定により、下記のとおり、関係書類を添えて申請し、報告します。

なお、助成対象となった不妊治療に関して必要がある場合は、実施医療機関に照会すること及び母子保健事業における統計資料とすることに同意します。

記

申請者	夫	妻
フリガナ 氏名 ※署名又は記名押印		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
住所	〒	〒 ※夫婦の住所が同じ場合は記入不要
電話番号		
治療に要した費用 ※自由診療 ※先進医療	【 <input type="checkbox"/> 体外受精 ・ <input type="checkbox"/> 顕微授精 ・ <input type="checkbox"/> 胚移植】 自由診療 ・ 先進医療（医療技術名： _____ ） _____ 円 【 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費】 体外受精・顕微授精の一環として行われた治療 _____ 円	
治療の結果	妊娠成立 ・ 妊娠不成立	
過去に実施した生殖補助医療の開始日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 4回目 年 月 日 5回目 年 月 日	

備考

お預かりした個人情報は、慎重に管理し、ご本人の承諾無しに第三者に提供することはありません。また、統計資料で個人名が特定されることはありません。

添付書類

- 生殖補助医療費受診等証明書（別紙1）又は佐賀県不妊治療費（先進医療）助成事業に係る受診等証明書の写し
- 佐賀県不妊治療費（先進医療）助成事業助成承認決定通知書の写し（県から助成を受けている場合に限る。）
- 医療機関発行の領収書及び診療明細書
- 戸籍謄本（夫婦の住民票の住所が異なる場合のみ）（写しでも可）
- 事実婚関係に関する申立書（申請者が事実婚関係にある場合）（別紙2）