様式第１号（第６条関係）

坂出市幸せはこぶコウノトリ応援事業（生殖補助医療費助成事業）申請書

年　　月　　日

坂出市長　　殿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

坂出市幸せはこぶコウノトリ応援事業実施要綱第６条の規定により，次のとおり申請します。

ふりがな 夫氏名		年　月　日生（　　）歳
ふりがな 妻氏名		年　月　日生（　　）歳
住所※１	〒　　坂出市 電話（　　）	
住所※２	〒 電話（　　）	
助成申請額	金　　円	
【今回の治療を保険診療で受診した場合】	**限度額適用認定証の有無**　※有の場合写しを添付 （受診者ごとに，該当区分に✔をしてください） □受診者が妻　□無　□有（ア・イ・ウ・エ・オ） □受診者が夫　□無　□有（ア・イ・ウ・エ・オ） **高額療養費および付加給付の有無**　※有の場合決定通知書等給付額の分かるものを添付 □受診者が妻　□有もしくは申請中（　　年　　月分）□無　□不明 □受診者が夫　□有もしくは申請中（　　年　　月分）□無　□不明	

過去に坂出市幸せはこぶコウノトリ応援事業の助成を受けた後の出産（12 週以降の死産を含む。）の有無	□有 ➡	出産前の助成回数をリセットすることができ，その場合は戸籍謄本または母子健康手帳の写し等が必要です。			
	□無	子の氏名		出生年月日	

同意書　※３

坂出市幸せはこぶコウノトリ応援事業の助成の可否についての判断に必要な一切の坂出市の調査等（夫婦の住民票または外国人登録原票情報，所得および市税の納付状況，医療機関への治療内容の照会，加入する健康保険の保険者への照会，他の自治体への本申請に係る情報の照会および他の自治体からの照会に応じることを含む。）に同意します。

夫氏名＿＿＿＿＿＿＿＿印　（自署）　　妻氏名＿＿＿＿＿＿＿＿印　（自署）

※１夫婦の住所を記入してください。※２単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※３坂出市における事務処理にあたっては，個人情報の取り扱いに十分留意し，プライバシーは厳守します。

【添付書類】

１　坂出市幸せはこぶコウノトリ応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書（様式第２号）または
　　坂出市幸せはこぶコウノトリ応援事業（生殖補助医療【保険外診療】）受診等証明書（様式第３号）
２　医療機関発行の領収書（領収書により治療内容が確認できない場合は，治療明細等の治療内容の分かる書類を含む。）
３　受診者の健康保険証，限度額適用認定証（取得している場合），高額療養費支給決定通知書等（該当の場合）
４　戸籍謄本（次のいずれかに該当する場合に限る。）
　(1)　夫婦が別世帯の場合　　(2)　夫婦が事実婚関係にある場合（両人の戸籍謄本が必要）
　(3)　出産により助成回数をリセットする場合
５　夫婦いずれか一方が坂出市の住民でない場合は，当該者の住民票の写し（マイナンバーの記載のないもの）
６　夫婦が事実婚関係にある場合は，事実婚関係に関する申立書（様式第４号）

※４，５については，申請の日前３か月以内に発行されたものの原本に限ります。

下欄には記入しないでください。（□保険診療　□保険外診療）・（回数リセット□有　□無）

初回治療開始時の妻の年齢	歳	１回目	２回目	回目	回目	回目	回目	決定年月日	
									承認・却下