

様式第1号（第8条関係）

年 月 日

宇城市長 様

(申請者)

住所 〒

氏名

宇城市生殖補助医療（先進医療）費補助金交付申請書

生殖補助医療（保険適用）と併用して実施される先進医療に係る補助を受けたいので、令和8年度宇城市生殖補助医療（先進医療）費補助金交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

併せて、市が備える私の世帯に係る住民基本台帳及び不妊治療に係る受診内容その他補助金の審査決定に関し必要な情報を調査することに同意します。

夫	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (宇城市民となった日 年 月 日)	電話番号	
妻	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (宇城市民となった日 年 月 日)	電話番号	
婚姻日	(戸籍上夫婦となった日)		年 月 日	
補助金 申請額			円	
	※夫婦1組5万円を上限とする			
	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療（保険適用）と併用して実施される先進医療に係る補助を受けたことはない。			

過去に他市町村等から受けた補助の有無	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療（保険適用）と併用して実施される先進医療に係る補助を受けたことがある。
	1 受けた回数： 回
	2 市町村等名：
	3 補助金額：計 円 補助時期： 年 月 (うち宇城市での補助金額：計 円)

(添付書類)

(裏面もご確認ください) →

- 1 宇城市生殖補助医療（先進医療）費補助金交付医療機関受診等証明書（様式第2号）
- 2 領収書の写し
- 3 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）※該当する場合
- 4 戸籍謄本の写し（※1）
- 5 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

(※1)

下記に該当する場合は、戸籍謄本の写しが必要です。

- ・事実婚関係にある。
- ・夫婦のいずれか一方が市外に居住している。
- ・夫婦が市内において別世帯で居住している。