

宮古島市不妊治療等に係る渡航費等助成申請書

宮古島市長 様

年 月 日

住 所 : 宮古島市

☐ 生殖補助医療 ☐ 不妊治療（生殖補助医療以外）☐ 妊産婦 ☐ 不育症

申請者名：

本人との続柄（ ）

氏 名		生 年 月 日		
フリガナ 夫		S・H	年 月 日	(歳)
フリガナ 妻		S・H	年 月 日	(歳)
住 所			電 話 番 号	
〒906 - 宮古島市 ☐ 申請者と同じ			自宅 携帯	
付添人氏名（妊産婦・不育症）		住 所		
本人との続柄 ()		〒906 - 宮古島市 ☐ 申請者と同じ		
● 今回申請の航路又は航空路線				
期 間	航空会社等及び便名	出発地	到着地	備考
年 月 日		宮古・那覇・()	宮古・那覇・()	
年 月 日		宮古・那覇・()	宮古・那覇・()	
年 月 日		宮古・那覇・()	宮古・那覇・()	
年 月 日		宮古・那覇・()	宮古・那覇・()	
年 月 日		宮古・那覇・()	宮古・那覇・()	
年 月 日		宮古・那覇・()	宮古・那覇・()	
● 今回申請の宿泊				
宿泊先の名称		宿泊期間		備考
		年 月 日～ 年 月 日	泊	
		年 月 日～ 年 月 日	泊	
		年 月 日～ 年 月 日	泊	
		年 月 日～ 年 月 日	泊	

※申請受付窓口は、宮古島市健康増進課です。(TEL:0980-73-1978)