

申請者が記入を
お願いします

小牧市不妊治療等補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 小牧市長

日付は記入しないでください。

申請者 住所

(口座名義人と同一) 氏名

電話番号

必ず口座名義人と同一の方で
お願いします。

次のとおり申請します。

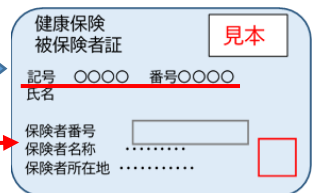
対象者	区分	氏名 (ふりがな)	生年月日	住所
	夫		年 月 日	
	妻		年 月 日	

加入医療保険 (夫) 【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ()
【被保険者記号番号】 () 【区分】本人・被扶養者

治療途中に医療保険の変更はありましたか

加入医療保険 (妻) 【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ()
【被保険者記号番号】 ()

被保険者記号番号は氏名の上部にある
記号と番号です。



被保険者記号番号の下部の余白に、
保険者名称と保険者番号もご記入
ください。

※保険者番号とは保険証の下部にあ
る8桁の番号です。(国保・組回国保
は6桁)

申請理由 (一般のみ)		☐ 生殖補助医療を開始した(予定を含む)ため ☐ 24 か月の助成期間が終了したため ☐ 母子手帳の交付を受けた(予定を含む)ため ☐ その他 ()
治療区分 (生殖補助医療のみ)	生殖補助医療 (男性不妊治療を含む) () 回目 初回治療開始時の女性の年齢 () 歳	
	☐ 保険診療のみで行われた治療 ☐ 保険診療と先進医療を併用して行われた治療 ☐ 自費診療 (保険診療と先進医療を併用して行われた治療)	
	☐ 男性不妊治療	
補助対象経費のうち対象者が負担した額		円
高額療養費・付加給付金		円
補助金交付申請額		円

金額は記入しないでください。

