

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

申請者 住所

(口座名義人と同一) 氏名

電話番号

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・組合物保・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			あり・なし	
加入医療保険 (妻)		【種別】市町村国保・組合物保・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			あり・なし	
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
医療機関名				
今回の申請回数	一般不妊治療費申請 1回目 2回目 3回目 (該当回数に○)			
申請理由 (一般のみ)	☐ 2月末までの治療が終了したため ☐ 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以外の保険適用外の治療)			
	☐ 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	