

様式第1（第7条関係）

小牧市不妊治療等補助金交付申請書

申請者
がご記入を
お願いします。

年 月 日

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

様式第6の口座名義人と同一
をお願いします。

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 合国保・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・組合国保・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にある記号と番号です。				
健康保険被保険者証 見本 記号 〇〇〇〇 番号〇〇〇〇 氏名 保険者番号 保険者名称 保険者所在地				
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・組合国保は6桁）				
1回目 2回目 3回目 （該当回数に○）				
終了したため				
(一般のみ)		☐ 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		
		初回申請時の治療開始時点の女性の年齢（ ）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 ☐ 自費診療のみで行われた治療		
		☐ 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。