

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

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 | ふりがな 氏名 | 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() 【保険者名称】() 【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・組回国保・健保・共済・その他() 【保険者名称】() 【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 | | | | |
| 今回の治療について、他自治体で助成を受けましたか。 | | <input type="checkbox"/> はい→ (自治体名: 市・区・町・村) <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| (一般不妊治療のみ) 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○) | | | |
| (生殖補助医療のみ) 治療区分 | 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 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 保険診療のみで行われた治療 <input type="checkbox"/> 保険診療と先進医療を併用して行われた治療 <input type="checkbox"/> 自費診療のみで行われた治療 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 | | | |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 2月末までの治療が終了したため(一般のみ選択可) <input type="checkbox"/> 生殖補助医療を開始した(予定を含む)ため(一般のみ選択可) <input type="checkbox"/> 24か月の補助期間が終了したため(一般のみ選択可) <input type="checkbox"/> 1回の治療が終了したため(生殖のみ選択可) <input type="checkbox"/> 母子手帳の交付を受けた(予定を含む)ため <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 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 | |