

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。		☐ はい→（自治体名： 市・区・町・村） ☐ 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		
		☐ 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		
申請理由		☐ 2月末までの治療が終了したため（一般のみ選択可） ☐ 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） ☐ 24か月の補助期間が終了したため（一般のみ選択可） ☐ 1回の治療が終了したため（生殖のみ選択可） ☐ 母子手帳の交付を受けた（予定を含む）ため ☐ 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