

記入例
(生殖補助医療 申請)

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
日付は記入しないでください。

(宛先) 小牧市長

申請者 住所 **小牧市 常普請 ○丁目△△番地**
(口座名義人と同一) 氏名 **小牧 花子**
電話番号 **090-0000-△△△△**

次のとおり申請します。

対象者	区分	氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	住所
	夫		小牧 太郎	平成11年 1 月 1 日
妻		小牧 花子	平成11年 2 月 2 日	小牧市常普請○丁目△△番地
加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・ 健保 ・共済・その他() 【保険者名称】 〇〇〇健康保険組合) 【区分】 本人 被扶養者			
治療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・組国保・ 健保 ・共済・その他() 【保険者名称】(〇〇〇健康保険組合) 【区分】本人 被扶養者			
治療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	令和8年 3月 25日 ～ 令和8年 9月 15日			
医療機関名	〇〇〇〇レディースクリニック			
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 checked="" 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)(1)回目 初回申請時の治療開始時点の女性の年齢(27)歳			
	<input type="checkbox"/> 保険診療のみで行われた治療 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(申請額満額のため)			
補助対象経費のうち対象者が負担した額	金額は記入しないでください。			円
高額療養費・付加給付金				円
補助金交付申請額				円