

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	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			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（ ） 【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 （一般不妊治療のみ）	☐ 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