

蕪崎市不妊症対策支援事業治療費助成金交付申請書

（宛先）蕪崎市長

年 月 日

（申請者）住所

氏名 (※)

(※) 本人が手書しない場合は、記名押印してください。

電話

下記のとおり蕪崎市不妊治療費の助成金交付を受けたいので申請します。

診断を受けた者の氏名		生年月日	市民となった日
氏名1(※)		年 月 日生	年 月 日
氏名2(※)		年 月 日生	年 月 日

※ 夫婦又はパートナーの氏名をご記入ください。

婚姻年月日(※)	年 月 日
----------	-------

※ パートナーシップ宣誓をしている場合は、宣誓した日をご記入ください。

医療機関記入欄	
診療を受けた者の氏名	
診療内容	特定不妊治療（体外受精・顕微授精） 一般不妊治療（人工授精・排卵誘発法・タイミング法） その他（ ）
診療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
総額	
<p>年 月 日</p> <p>上記のとおり不妊治療をされたことを証明します。 （医療機関名） 所在地 名称 医師名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>	

本人負担額内訳 (年4月～3月)

診療月	保険診療分			保険診療以外の 本人負担金額
	本人負担額 A	高額療養費等 B	申請対象額 A-B	
4月分	円	円	円	円
5月分	円	円	円	円
6月分	円	円	円	円
7月分	円	円	円	円
8月分	円	円	円	円
9月分	円	円	円	円
10月分	円	円	円	円
11月分	円	円	円	円
12月分	円	円	円	円
1月分	円	円	円	円
2月分	円	円	円	円
3月分	円	円	円	円
計	円	円	ア 円	イ 円

加入保険等から規定等により当該治療費自己負担分の給付額	ウ 円
山梨県不妊に悩む方への特定治療支援助成額	エ 円

特定不妊治療を行った場合の交通費 オ

県内医療機関 (0円) 県外医療機関100km未満 (1万5千円) 県外医療機関100km以上 (3万円)

交付申請額	円	治療費 (上限20万円) + 交通費 (ア+イ-ウ-エ) + (オ)
-------	---	---------------------------------------

振込先	口座振替指定 金融機関		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号 (左詰で記入)	
	フリガナ			
	口座名義人			

過去の 助成状 況	<input type="checkbox"/> 不妊症の治療費の助成を受けたことがない。
	<input type="checkbox"/> 不妊症の治療費の助成を受けたことがある。(詳細は下記へご記入ください。)
	年度 (都道府県、市) 回数 回

韮崎市不妊症対策支援事業のため、市長が私の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適性を判断するために必要な場合は、他の地方公共団体に情報の照会・提供すること及び医療機関に受診等証明の内容を照会することを同意します。

(氏名1) 署名 _____ (氏名2) 署名 _____