

大府市不妊治療費補助金交付申請書（一般・生殖補助医療）

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所

氏 名

（口座名義人と同一）

電話番号

大府市不妊治療費補助金交付要綱第7条第1項の規定により、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	
加入健康保険（夫）	【加入している健康保険の保険者名】（ ） 【被保険者記号番号】（ ）【区分】本人・被扶養者			
治療途中に健康保険の変更はありましたか はい・いいえ				
マイナンバーカードを健康保険証として登録をしていますか はい・いいえ				
加入健康保険（妻）	【加入している健康保険の保険者名】（ ） 【被保険者記号番号】（ ）【区分】本人・被扶養者			
治療途中に健康保険の変更はありましたか はい・いいえ				
マイナンバーカードを健康保険証として登録をしていますか はい・いいえ				
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 申請理由 （一般のみ）	一般不妊治療費申請 1回目 2回目 3回目 該当の回数に○をつけてください。 （申請理由）該当の項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 2月末までの治療が終了したため <input type="checkbox"/> 生殖補助医療を開始した（予定含む）ため <input type="checkbox"/> 2年間の助成期間が終了したため <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の交付を受けた（予定含む）ため <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
治療区分 （生殖補助医療のみ）	生殖補助医療費申請（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 <input type="checkbox"/> 保険診療のみで行われた治療 ① <input type="checkbox"/> 保険診療と先進医療を併用して行われた治療 ② <input type="checkbox"/> 混合診療で行われた治療（自費診療） ③			
補助対象医療の医療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

<職員確認欄>

住基（夫： 年 月 日～ 妻： 年 月 日～）

治療期間中の転入の 無 ・ 有 （ 年 月 日 市より転入）

※単身赴任等で夫婦のどちらかの住民票が市外にある場合は、戸籍の全部事項証明書が必要

夫婦二人分の健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード、資格確認書、資格情報通知書のいずれか

高額療養費及び付加給付金に係る証明書のコピー