

第1号様式（第5条関係）

香芝市生殖補助医療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏名

電話番号

香芝市生殖補助医療費助成金の交付について、香芝市生殖補助医療費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請し、及び請求します。

請求額金 円

該当するものにチェックを入れ、必要事項を記入してください。

夫	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	フ リ ガ ナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
妻	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	フ リ ガ ナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
1	香芝市で過去にこの助成を受けたことがあるか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
2	国又は他の地方公共団体等が行う同様の助成を受けたことがあるか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
3	2で「ある」にチェックを入れた方のみ 助成を受けた団体の名称（ ）		
4	令和7年4月1日以降に奈良県内の市町村で、保険適用の回数を超えて実施した 胚移植に対しての助成を受けたことがあるか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
5	4で「ある」にチェックを入れた方のみ 通算（ ）回 助成を受けた市町村名（ ）		
<input type="checkbox"/> 私たちは、香芝市生殖補助医療費助成金の交付に関し、香芝市が私たちの住民登録 状況、婚姻状況及び市税の納付状況について関係公簿等を調査し、助成金に係る事項 について関係機関に照会することに同意します。			

振込先

支 払 機 関 名		預 金 種 別		口 座 番 号			
銀行	支店		普通・当座・その他()				
	農協 店 番		フリガナ				
			口座名義人				

添付書類

- 生殖補助医療受診等証明書
- 生殖補助医療等を受けたことが分かる領収書の写し又は支払額等が確認できる書類の写し及び診療明細書の写し
- 医療保険各法の規定に基づく資格確認書等の写し又はマイナポータルの医療保険の資格情報を印字装置により出力したもの等で被保険者等であることが確認できるもの
- 限度額適用認定証の写し若しくは限度額適用認定の区分が確認できる資格確認書の写し又はマイナポータルの医療保険の資格情報を印字装置により出力したもの等で限度額適用認定の区分が確認できるもの
- 夫婦両方の住民票の写し
- 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類（住民票の写し（夫婦が同一世帯の場合で、夫婦どちらか一方が世帯主のときに限る。）又は戸籍謄本若しくは戸籍抄本）
- 夫婦両方の市税に滞納がないことを証明する書類
- その他市長が必要と認める書類

※市使用欄

保険適用分 ア	生殖補助医療の内、保険適用の合計 _____円	助成対象額 _____円	県補助対象分 _____円
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療の内、回数超過の合計 _____円	助成対象額 _____円	県補助対象分 _____円
先進医療分 ウ	先進医療の合計 _____円	助成対象額 _____円	県補助対象分 _____円
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 _____円	助成対象額 _____円	県補助対象分 _____円

助成額 _____円
