

高崎市一般不妊治療費等助成金申請書

(あて先)高崎市 長

次のとおり高崎市一般不妊治療費等の助成を受けたいので申請します。なお、交付決定の審査にあたり、市が私たちの住民基本台帳の情報を確認することを承諾します。また、申請状況を他市へ照会すること並びに治療内容等を医療機関へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者記入欄	申請者		(ふりがな) 氏名		生年月日				
	※1年以上市内に住所を有する者で請求書の請求者の氏名と同一なこと。				昭和・平成 年 月 日				
	住所		〒 高崎市 町		電話 ()				
	配偶者		(ふりがな) 氏名		生年月日				
	<input type="checkbox"/> に✓				昭和・平成 年 月 日				
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住所		異なる場合 配偶者の住所地での不妊治療費の助成を受けて いる ・ いない ○で囲む				
			<input type="checkbox"/> 申請者と異なる()						
	通算申請回数		今回の申請は(1・2・3) 回目 ※該当する回数に○を付けてください。通算3回まで						
	申請金額		治療費【 円】		交通費【 円】				
			※100円未満切り捨て *助成決定金額と異なる場合があります						
振込指定金融機関		金融機関名		銀行		支店		普通 ・ 当座	
※ご夫婦どちらかの口座		口座名義人		フリガナ		口座番号			
申請者と振込口座名義が異なる場合は、下記の□に✓してください。 <input type="checkbox"/> 配偶者に一般不妊治療費に係る助成金受領の権限を委任します									

医療機関証明欄	
一般不妊治療に要した期間	年 月 日 から 年 月 日まで
一般不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 投薬 (<input type="checkbox"/> 院外処方含む) <input type="checkbox"/> その他()
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日	
所在地	
医療機関 名称	
(あて先)高崎市 長	医師氏名

*** 記入上の注意事項 ***

- ・日付等を修正する場合は必ず訂正印を押印してください。
- ・カウンセリング、初期検査、スクリーニング検査、感染症や抗体の検査、妊娠判定日は治療期間に含めません。
- ・生殖補助医療(体外受精、顕微授精)を受けるための検査や治療及び生殖補助医療移行後の一般不妊治療は含めません。
- ・主たる医療機関では実施することができず、やむを得ず治療期間を重複して他の医療機関で一般不妊治療を受けた場合は、主たる医療機関がその旨を「その他」にご記入ください。(「〇〇の治療については、他医療機関での実施を指示した」等)

※処理欄(この欄は記入しないでください)

治療費決定額	円	交通費	2,000・10,000	決定額合計	円
申請受理年月日	第 号	N(+・-)	D(+・-)	住民票確認	<input type="checkbox"/>

ダブルチェック