

(あて先) 高崎市長

令和 年 月 日

下記の内容に同意の上、関係書類を添えて高崎市生殖補助医療費の助成を申請します。

- ・助成の可否を決定するにあたり、住所及び婚姻関係の有無を確認するために、市が私たち夫婦の住民基本台帳情報を確認することに同意します。
- ・助成の適正を図るため、他の自治体に助成金の受給状況の照会、提供することに同意します。
- ・助成の適正を図るため、治療を行った医療機関及び薬局に治療の内容等を照会することに同意します。

※太枠内をご記入ください。

(情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。)

申請者	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
配偶者	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
住所・電話番号	申請者	〒 高崎市 町 電話 ( )		
	配偶者	〒 電話 ( ) ※申請者と住所が異なる場合のみ記入してください		
○過去に生殖補助医療費(以前の特定不妊治療を含む)に関する助成金を受けたことがありますか。(他自治体を含む)(男性不妊治療分を除く) <b>ない・ある</b> →「ある」は①②へ ①今回のお子様に対する申請は <u>        </u> 回目 ②過去に助成を受けた自治体名 ( )				○受診等証明書の領収金額 <b>生殖補助医療費</b> 金 <u>        </u> 円 (男性不妊治療費を除く) <b>男性不妊治療費</b> 金 <u>        </u> 円
○生殖補助医療費(以前の特定不妊治療を含む)助成金申請後に出産又は死産し、その後、初申請の場合は助成回数リセットができます。リセットを希望しますか。 <b>しない・する</b> →「する」で出産の場合は子の氏名等記入。 子の氏名: 生年月日: 年 月 日/助成回数: 回 子の氏名: 生年月日: 年 月 日/助成回数: 回				○申請額(上限を超える場合は上限額) <b>生殖補助医療費</b> 金 <u>        </u> 円 (男性不妊治療費を除く) <b>男性不妊治療費</b> 金 <u>        </u> 円
○男性不妊治療費を申請しますか。 <b>しない・する</b> →「する」は①②へ ①今回のお子様に対する申請は <u>        </u> 回目 ②過去に助成を受けた自治体名 ( )				○交通費 (医療機関所在地 県内 2,000円 県外 10,000円) <b>交通費</b> 金 <u>        </u> 円  <b>申請額合計</b> 金 <u>        </u> 円
振込み先	金融機関名 ( ) 支店名 ( ) 口座番号 ( ) 口座名義人カタカナで ( ) ※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"/> 配偶者に生殖補助医療費に係る助成金受領の権限を委任します。			
添付書類	必須	<input type="checkbox"/> 高崎市生殖補助医療費助成事業受診等証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 申請者及び配偶者の健康保険証のコピー <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書及び診療報酬明細書の原本とコピー <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 振込口座の通帳のコピー		
	必要に応じ	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(戸籍全部事項証明) <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書(様式第4号) <input type="checkbox"/> 高崎市生殖補助医療費助成事業受診等証明書(男性不妊治療用)(様式第3号) <input type="checkbox"/> 死産届等のコピー		
補助区分番号	市単	受給者番号	治療開始時の妻の年齢/ 今回の治療開始年齢	
申請受理日	R			