

# 高崎市生殖補助医療費助成事業申請書

申請期限：受診等証明書に記載の治療期間の最終日から3か月後の月の末日（閉庁日の場合には前日）

（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。

- (1) 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
- (2) 助成の適正を図るため、他の自治体に助成金の給付状況の照会、提供をすること
- (3) 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

※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 ( 歳) 年 月 日
配偶者	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	昭和・平成 ( 歳) 年 月 日
住所	申請者	〒 電話 ( ) 高崎市 町		
	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。		

◆ 過去に男性不妊治療を除く、生殖補助医療費（以前の特定不妊治療を含む）に関する助成を受けたことがありますか。

ない ・ ある（※1 他自治体を含む） → 「ある」は ①②へ

- ① 今回のお子様に対する申請は \_\_\_\_\_ 回目
- ② 過去に助成を受けた自治体名 ( )
- ※1 他自治体（都道府県・指定都市・中核市）で受けた助成（以前の特定不妊治療及び胚移植による妊孕性温存治療費等）の申請は \_\_\_\_\_ 回のため、①の通算回数になります。

◆ 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。

しない ・ する → 「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

◆ 男性不妊治療費を申請しますか。

しない ・ する → 「する」は ①②へ

- ① 今回のお子様に対する申請は \_\_\_\_\_ 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

生殖補助医療費 金 \_\_\_\_\_ 円  
（男性不妊治療費を除く）  
男性不妊治療費 金 \_\_\_\_\_ 円

◆ 申請額（※上限を超える場合は上限額）

生殖補助医療費 金 \_\_\_\_\_ 円  
（男性不妊治療費を除く）  
男性不妊治療費 金 \_\_\_\_\_ 円

◆ 交通費

（医療機関所在地 県内 2,000 円 県外 10,000 円）  
交通費 金 \_\_\_\_\_ 円

（申請額 + 交通費）

申請額合計 金 \_\_\_\_\_ 円

※助成決定金額と異なる場合があります。

振込先	金融機関名				支店	普通・当座
	口座番号					口座名義人 (カタカナ)
※申請者と振込口座名義が異なる場合には、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等のコピー
	必要に応じて	<input type="checkbox"/> 医療機関等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"/> 振込口座の通帳等のコピー
		<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 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 婚姻証明書等

### 【市処理欄】

補助金区分番号	治療費助成決定金額	交通費	受給者番号	治療開始時の妻の年齢/今回の治療開始年齢
		2,000 ・ 10,000		
申請受理日	第 ー 号			