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 年 月 日	(歳)
配偶者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭和・平成 年 月 日	(歳)
住所	申請者	〒 高崎市 町		電話	()
	配偶者	〒		電話	()
◆ 生殖補助医療費 (以前の特定不妊治療を含む) に関する助成を高崎市で受けたことがありますか。(※男性不妊治療を除く) ない・ある → 「ない」は①②へ * 「ある」は①③へ			◆ 受診等証明書の領収金額		
① 今回のお子様に対する申請は 回目			生殖補助医療費 金 円 (※男性不妊治療費を除く)		
② 転入前に助成を受けた(都道府県・指定都市・中核市に申請した以前の特定不妊治療)、又は胚移植による妊孕性温存治療費等の助成を受けたことがありますか。 ない・ある 過去に助成を受けた自治体名() 助成回数 回			◆ 申請額 (※上限を超える場合は上限額)		
③ 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、初めて申請をする時は助成回数のリセットをすることができます。リセットを希望しますか。 しない(該当ではない)・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 ※リセットをする場合には、①は1回目になります。			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 (手術・精子凍結) を申請しますか。 しない・する → 「する」で生殖補助医療へ続く場合は①へ 今回のお子様に対する申請は 回目 過去に助成を受けた自治体名 ()			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) 金 円		
			(申請額 + 交通費)		
			申請額合計 金 円		
			※ 審査があるため、申請額と助成決定金額は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、下記の口に✓してください。					
☐ 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。					

【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 一 号			