

別記様式第1号（第7条関係）

申請日は記入せず窓口へお持ちください

年 月 日

（あて先）高山市長

※氏名は

申請者は融資を受ける方を記入ください

住所 **高山市花岡町2丁目18**

氏名 **市役 所**

高山市生殖補助医療利子補給申込書

高山市生殖補助医療利子補給金の交付を受けたいので、高山市生殖補助医療利子補給金交付要綱第7条の規定により生殖補助医療、受診等証明書を添えて申し込みます。

申請にあたり、私は暴力団員等若しくは暴力団又は暴力団員等と密接な関係を有する者でないことを宣誓します。

なお、高山市生殖補助医療利子補給事業の審査にあたり、私の市税等の納付状況を確認すること及び、必要に応じ、暴力団との関係について岐阜県警察本部に照会することを承諾します。

生殖補助医療受診等証明書

高山市生殖補助医療利子補給申請のため、下記の者について、生殖補助医療を実施していることを証明します。

※治療を受ける医療機関で記入してもらいます

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

治療期間・見積額ともに治療開始当初の予定を
ご記入ください。おおよその額でかまいません。
年齢は治療開始予定日の年齢を記入します。

医療機関記入欄（主治医が記入）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ 年 月 日（ 歳）	妻	（ 年 月 日（ 歳）
受診者生年月日		（ 年 月 日（ 歳）		（ 年 月 日（ 歳）
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日（予定）			
見積額	円			

(注) 利子補給の対象となる治療

利子補給の対象となる治療は、指定医療機関において受ける生殖補助医療治療とし、次に掲げる治療法は対象としない。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療
- (2) 代理母
- (3) 借り腹