

受給者番号				
-------	--	--	--	--

高山市生殖補助医療助成金申請書

年 月 日

（あて先）高山市長

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療助成金を申請します。

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。また、本申請の審査を行うにあたり、夫婦の市税の納入状況を調査することを承諾します。

記

対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	妻	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒	(電話)
	(夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入)	〒	(電話)
(夫及び妻が署名又は記名) 申請者氏名 _____ 申請者の配偶者 _____ 申請額 金 _____ 円 申請の適正を判断するために必要な場合は、高山市以外の自治体に対する申請（助成）に係る情報の照会・提供、及び医療機関等に対する治療内容等の照会について同意します。			
申請する治療の種類	①保険適用で受けた治療□	②保険診療で受けた治療+先進医療□	③保険外診療で受けた治療□
今回申請する治療費に対する他の制度による給付の有無	高額療養費	□有 ・ □無	該当するものに☑ をしてください
	付加給付	□有 ・ □無	
	その他制度の給付	□有 ・ □無	
過去の助成の有無等 (該当する箇所には○を付けるか、又はご記入ください)	過去に、高山市以外の自治体から生殖補助医療助成(特定不妊治療費助成)を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。) ・ ない ・ ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 _____ 月) ※高山市以外の他の地方公共団体で受けられた助成回数も、通算の助成回数に含みます。		
過去の出産の有無等 (該当する箇所には○を付けてご記入ください)	過去に生殖補助医療助成(特定不妊治療費助成)の申請をした後に出産した子がいる 子の氏名 () 子の生年月日 (年 月 日)		
	過去に生殖補助医療助成(特定不妊治療費助成)の申請をした後に死産した子がいる 子の出産日 (年 月 日)		
添付書類	全員	<input type="checkbox"/> 申請書(この書類) <input type="checkbox"/> 受診等証明書 <input type="checkbox"/> 領収書(原本)/明細書 <input type="checkbox"/> 薬剤費の領収書(原本)/明細書(生殖補助医療に係るもの) <input type="checkbox"/> 住民票(原本)(世帯主・続柄の記載があり、個人番号のないもの) ※発行から3か月以内のもの / 夫婦の住所が異なる場合はそれぞれ提出 <input type="checkbox"/> 夫婦の婚姻日が確認できる書類(戸籍全部事項証明(謄本)) <input type="checkbox"/> 通帳の写し等、振込先口座の情報がわかる書類 ※すべてそろっているか確認してください。	
	事実婚の場合	<input type="checkbox"/> 限度額適用 認定証 の写し(限度額適用認定証を利用した場合) <input type="checkbox"/> 高額療養費 決定通知 の写し(高額療養費の還付があった場合) <input type="checkbox"/> 付加給付 決定通知 の写し(付加給付の還付があった場合) <input type="checkbox"/> その他の制度による給付を受けたことがわかる書類(給付があった場合) <input type="checkbox"/> 事実婚の申立書(別記様式第3号) ※該当書類がそろっているか確認してください。	
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認)決定年月日	年 月 日

注)太枠の中をご記入ください。

申請額の算出

申請区分①～④で該当する区分をご記入ください

① 保険診療で受けた生殖補助医療(体外受精及び顕微授精)

治療月	病院で支払った保険適用額	限度額認定証	マイナ保険証による高額療養費の申請	高額療養費の還付額	付加給付の還付額	その他制度の還付額	自己負担額【D】 (A)-(B)-(C)-(D)	岐阜県特定不妊治療助成事業の補助額【E】	申請額【D】-【E】
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				円	円	円
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
合計	(A) 円			(B) 円	(C) 円	(D) 円			

② 保険診療で受けた生殖補助医療(体外受精及び顕微授精)と併せて行われた先進医療

治療月	病院で支払った保険適用額	先進医療額	限度額認定証	マイナ保険証による高額療養費の申請	高額療養費の還付額	付加給付の還付額	その他制度の還付額	自己負担額【E】 (A)+(A')-(B)-(C)-(D)	岐阜県特定不妊治療助成事業の補助額【F】	申請額【E】-【F】
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				円	円	円
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
月			<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施						
合計	(A) 円	(A') 円			(B) 円	(C) 円	(D) 円			

③ 保険外診療で受けた生殖補助医療(体外受精及び顕微授精)

治療月	病院で支払った額	治療月	病院で支払った額
月		月	
月		月	
月		月	
月		月	
月		月	
		合計	

④ 院外処方

治療月	薬局で支払った額	治療月	薬局で支払った額
月		月	
月		月	
月		月	
月		月	
月		月	
		合計	