

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、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。			
過去の助成の有無等（該当する箇所に○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○を付けるか、又はご記入ください）		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)	
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。

- (添付書類)
- 高山市生殖補助医療助成金受診等証明書（別記様式第5号）
 - 生殖補助医療の支払いに係る医療機関発行の領収書等
 - 先進医療の支払いに係る医療機関発行の領収書等
 - 夫婦の婚姻状況及び住所並びに過去の治療によって出生した子の生年月日を証明する書類（住民票）等※3か月以内のもの
 - 夫婦の婚姻日及び過去の治療によって出生した子の生年月日が確認できる書類（戸籍謄本）等※3か月以内のもの
 - 事実婚関係に関する申立書（別記様式第3号）（事実婚をしている夫婦に限る。）
 - 限度額適用認定証の写し又は高額療養費の決定額が確認できる書類（該当される場合）