

生殖補助医療等助成申請書(兼同意書)

五條市長 殿

申請者氏名()

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費及び先進医療費の助成を申請します。

また、五條市が生殖補助医療費等助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体に照会することに同意します。

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	個人情報への同意 ※1
助成対象者	申請者		年 月 日	どちらかに☑をつけ署名してください <input type="checkbox"/> 同意します 自署欄 <input type="checkbox"/> 同意しません
	配偶者(パートナー)		年 月 日	どちらかに☑をつけ署名してください <input type="checkbox"/> 同意します 自署欄 <input type="checkbox"/> 同意しません
申請者住所	〒	—		電話番号
その他住所 (配偶者、送付先住所が異なる場合)	〒	—		電話番号
過去の助成歴 (令和7年4月1日以降)	奈良県内の市町村で、保険適用の回数を超えて実施した胚移植に対しての助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある ⇒ 通算()回 (助成を受けた市町村名:) <input type="checkbox"/> なし			

添付資料)

- ① 五條市生殖補助医療等受診等証明書(様式第4号)
- ② 生殖補助医療に係る領収書の原本
- ③ 夫婦であることの証明(ア又はイ)
ア 法律上夫婦であることを証明する書類
イ 事実婚関係にある場合は、それぞれの戸籍謄本と事実婚関係に関する申立書(様式第5号)
- ④ 住所を証明する書類(夫婦の住所が異なる場合は、それぞれの証明)
- ⑤ 被保険者等であることを証明する書類
- ⑥ 夫婦それぞれの市税の滞納がないこと証明する書類
- ⑦ その他市長が必要と認める書類

※1 以下の項目について、助成金交付の審査に必要な個人情報を五條市が照会することに同意される場合は、署名をお願いします。同意され、公簿等により市で確認できる場合は、③ア、④、⑤、⑥は省略できます。

- ・住民基本台帳又は外国人登録原票、戸籍、所得状況及び市税の納付状況
- ・医療機関への対象となる治療の状況、加入医療保険の種別
- ・旧住所地等への不妊治療・不妊治療に対する助成金の受給状況
(申請年度内に夫又は妻が市外に住所を有している、若しくは有していた場合に限る)
- ・高額療養費等の支給状況

※市町村使用欄

保険適用分 ア	生殖補助医療の内、保険適用の合計 (助成対象額)	(県補助対象分)
	円 円	円
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療の内、回数超過の合計 (助成対象額)	(県補助対象分)
	円 円	円
先進医療分 ウ	先進医療の合計 (助成対象額)	(県補助対象分)
	円 円	円
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 (助成対象額)	(県補助対象分)
	円 円	円

申請受理年月日	決定年月日	決定内容	承認・不承認
受給者番号	決定額	円	