

生殖補助医療費助成申請書

年 月 日

（宛先）加賀市長

住 所  
氏 名  
（口座名義人と同一）  
電話番号

1 加賀市不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、生殖補助医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
2 本申請に係る治療費に対して、他の自治体の助成を受けません。

申請者	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)
① 住 所	〒			
パートナー	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)
② 住 所	※①の住所と異なる場合にのみ記載 〒			
③ 治療期間中の住所	〒			

該当する内容に✓をつけてください。  法律婚  事実婚（出生した子について認知を行う）

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店		
	預金種別・口座番号	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人 (申請者と同一)	フリガナ		

助成申請額	申請額（男性不妊治療分を除く）	_____ 円
	申請額（男性不妊治療分）	_____ 円
	申請額合計	_____ 円

1 生殖補助医療費	円	※1から3は自己負担額を記入ください。 ※4は、保険適用分に係る高額療養費を記入ください。 ※5は、加入する健康保険組合から給付がある場合にその金額を記入ください。
2 先進医療費	円	
3 男性不妊治療費	円	
4 高額療養費	円	
5 付加給付	円	

必ず添付する書類	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療受診等証明書 （保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書も必要です。） <input type="checkbox"/> 治療に係る領収書、明細書、請求書及び高額療養費の支給額がわかるもの <input type="checkbox"/> 申請者及びパートナーそれぞれの加入健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書 <input type="checkbox"/> 市税等納付納付状況調査同意書
----------	---

個人情報の確認に対する同意	本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住所及び医療機関に対する治療内容等、加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会、確認をすることに	<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。
---------------	--	---

上記、個人情報の確認に対し同意しない場合又は、加賀市に住所を有しなかった場合等により確認できない場合は、戸籍及び住民票の添付が必要となります。