

吉野町生殖補助医療費等助成金交付申請書兼請求書

吉野町長 殿

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、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、吉野町が他の自治体へ照会することに同意します。

助成対象者		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
	申請者	()	年 月 日 (歳)	
	配偶者 (パートナー)	()	年 月 日 (歳)	
申請者住所	〒 -		電話	()
その他住所 (配偶者、送付先住所が異なる場合)	〒 -		電話	()
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			
振込先	金融機関名	銀行・組合 本店 店番 金庫・農協 支店・出張所 ()		
	預金種別	普通貯蓄	(フリガナ) () <input type="checkbox"/> 口座名義人(申請者)	
	口座番号	(左詰で記入)		

【同意】※必ず、申請者と配偶者の自筆で記名をお願いします

助成要件の審査のために必要があるときは、私及び私の配偶者の住民基本台帳及び町税の納付状況に関する情報を吉野町長が閲覧することに同意します。また、医療機関や、ご加入の健康保険組合等の関係機関に対し、治療内容や費用、及び助成状況等について職員が確認することに同意します。

申請者

配偶者

(注) 1 太枠の中を記入してください。

2 以下の書類を添付してください。

(1)生殖補助医療費助成事業受診等証明書（様式第2号）

(3)住民票

(2)医療保険の加入状況が確認できる書類及び限度額適用認定証の写し

(4)その他必要書類

3 申請できる期限は1回の治療が終了した日の属する年度内です。

生殖補助医療に要した費用(A)							円
※夫婦合算額 申請額					0	0	0 円
(A)×1/2と上限額とのいずれか少ない額(1,000円未満切り捨て)							

※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 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 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 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
先進医療分 ウ	先進医療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円

申請受付日	年 月 日	支給決定日 承認・不承認	年 月 日
助成額	円		