

川口市生殖補助医療費助成事業申請書

(あて先) 川口市長

R 年 月 日

注) 間違えた場合は書き直して下さい。

川口市生殖補助医療費助成事業における助成金を申請します。

また、助成金の助成状況、治療内容について他自治体や医療機関へ照会することに同意します。

(原則市内在住者)	ふりがな	さいたま たろう			生年月日	S H	年	月	日
	氏名	埼玉 太郎					()		歳
	現住所	〒 332-0026 川口市南町1-9-20			申請時の年齢をご記入ください				
	電話番号	自宅 携帯・その他 ()			*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
配偶者	ふりがな	さいたま はなこ			生年月日	S H	年	月	日
	氏名	埼玉 花子					()		歳
	現住所	同上							
	電話番号	【自宅・携帯・その他 ()】			*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
申請額	今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (実施証明書記載の内容をご記入ください。)							
	<input type="checkbox"/> 保険診療による治療 (男性不妊治療、先進医療分除く) (①)) 円			} [上限3万円、3万円に満たない場合は千円未満切り捨て ①+② 円]				
<input type="checkbox"/> 保険診療と併用した先進医療 (②)) 円								
<input type="checkbox"/> 男性不妊治療 (③)) 円			} [上限3万円、3万円に満たない場合は千円未満切り捨て ③ 円]					
		合計 () 円							
添付書類	添付したものに <input checked="" type="checkbox"/> 生殖補助医療費実施証明書	<input type="checkbox"/> 治療費領収書 (原本)			<input type="checkbox"/> 診療明細書 (発行した場合のみ添付)				
	<input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 (別世帯の場合、毎回必要です。)	<input type="checkbox"/> 住民票 (男女どちらかが川口市民でない場合必要です。)							
過去の助成歴	本事業で助成を受けましたか? (令和5年4月から本事業の助成)	<input type="checkbox"/> あり	1. 今回 (2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6) 回目の申請						
		<input type="checkbox"/> なし	2. 前回申請以後の出生または妊娠12週以降の死産 (確認ができる書類の提出が必要です。)						

金融機関名 (申請者の口座を書いてください)	銀行 農協 信用金庫	金融機関コード							
種別	1:普通 2:当座	店名	本店 支店 出張所	店コード					
ふりがな	さいたま たろう			口座番号					
口座名義人 (申請者)	埼玉 太郎								

※申請者以外の口座に振り込む時には、別途委任状が必要になります。

下の欄は職員で使用しますので、記入しないでください。

治療内容	<input type="checkbox"/> 保険診療による治療 <input type="checkbox"/> 保険診療と併用した先進医療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 (□単独)				
今回の治療期間の初日における女性年齢	歳	□回数 (年度 回) (年度 回) (年度 回) (年度 回)			
治療区分		□43歳になるまで出生につき6回まで <input type="checkbox"/> 1 / 6 <input type="checkbox"/> 2 / 6			
要件: <input type="checkbox"/> 法律婚 (□事実婚) <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> リセット					
助成内容	治療費支払額	助成対象額	交付決定額	交付決定年度	交付決定年月日
	円	円	円	年度	年 月 日
①	円	① 円			
②	円	② 円			