

# 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

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。

|                  |   |  |   |             |   |   |   |   |  |
|------------------|---|--|---|-------------|---|---|---|---|--|
| 申請者<br>(原則市内在住者) | ふりがな  |  | 生年月日  | S<br>・<br>H | 年 | 月 | 日 | 歳   |  |
|                  | 氏名  |  |   |             |   |   |   |   |  |
|                  | 現住所<br>(住民登録地)  | 〒<br>アパート・マンション名   |   |             |   |   |   |   |  |
|                  | 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  |  | 生年月日  | S<br>・<br>H | 年 | 月 | 日 | 歳   |  |
|                  | 氏名  |  |   |             |   |   |   |   |  |
|                  | 現住所<br>(住民登録地)  | 〒<br>アパート・マンション名   |   |             |   |   |   |   |  |
|                  | 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                      |   |             |   |   |   |   |  |
| 治療内容             | 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。)   |  |   |             |   |   |   | 申請額   |  |
|                  | <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<br><input type="checkbox"/> 保険診療と併用した先進医療 (②) 円<br><input type="checkbox"/> 男性不妊治療 (③) 円  |  |   |             |   |   |   | ①+②合計が3万円以上の場合は、上限3万円、3万円に満たない場合は千円未満切り捨てた額を記入<br>④ 円 |  |
|                  |   |  |   |             |   |   |   | ③上限3万円、3万円に満たない場合は千円未満切り捨てた額を記入<br>⑤ 円                |  |
|                  |   |  |   |             |   |   |   | 合計 (④+⑤) 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<br><input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 (事実婚や男女別世帯のかた等、婚姻関係を住民基本台帳で確認できない場合、毎回必要です。)<br><input type="checkbox"/> 住民票 (男女どちらかが川口市民でない場合、毎回必要です。) <input type="checkbox"/> 振込希望口座の通帳コピー <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |             |   |   |   |   |  |
| 過去の助成歴           | 本事業で助成を受けましたか?<br>(令和5年4月から本事業の助成)  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | ・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。)<br><input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 出生 (出生日: 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 妊娠12週以降の死産 (死産日: 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> なし → 今回 ( 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ) 回目の申請 |             |   |   |   |   |  |

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

※申請者以外の口座に振り込む時には、別途委任状(任意書式)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   | <input type="checkbox"/> 助成歴 ( 年度 回) ( 年度 回) ( 年度 回) ( 年度 回)<br><input type="checkbox"/> 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 |       |        |         |  |  |  |  |
| 治療区分  |   |  |       |        |         |  |  |  |  |
| 要件: <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 法律婚 (□事実婚) <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 回数 |   |  |       |        |         |  |  |  |  |
| 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  |       |        |         |  |  |  |  |
|   | ③ 円   | ③ 円  |       |        |         |  |  |  |  |