

(第 () 子 申請)

大和郡山市不妊治療等支援事業助成金交付申請書(兼同意書)

大和郡山市長 様

年 月 日

申請者 住所 大和郡山市
氏名

※大和郡山市に住所を有する方

連絡先電話番号 — —

関係書類を添えて大和郡山市不妊治療等支援事業実施要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

また、他の自治体・健康保険組合・医療機関・市の保有する公簿等を照会または確認することに同意します。

申請の種類	☐ 一般不妊治療	☐ 生殖補助医療	☐ 先進医療
-------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

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 (又はパートナー)	()	年 月 日 (歳)	
その他住所 (配偶者等、送付先住所が異なる場合)		〒 ー 電話番号 ()		
過去の助成歴		大和郡山市における過去の支給実績 ☐ ある (年度) ☐ なし 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。 ☐ 令和7年4月1日以降にある⇒通算 () 回 (助成を受けた市町村名:) ☐ なし		
申請額	自己負担額	高額療養費などで 補填される金額	差引申請額	
	円	円	円 (上限30万円)	

- (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)大和郡山市一般不妊治療等支援助成事業受診等証明書(様式第2号)又は
大和郡山市生殖補助医療費助成事業受診等証明書(様式第2号の2)
- (2)不妊治療費等に係る領収書の原本
- (3)法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類または事実婚関係申立書(様式第1号の2)
- (4)申請者・配偶者等のいずれもが市税を滞納していないことを証明する書類
- (5)その他、市長が必要と認める書類
- ※ 以下の項目について、助成金交付の審査に必要な最低限度の個人情報をご照会することにご同意される場合は、添付書類のうち(3)(4)は省略できます。
- ・住民基本台帳、戸籍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
 - ・他の自治体への不妊治療に対する助成金の交付実績状況
 - ・対象の治療にかかる高額療養費等の支給状況
- 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の年度末までです。

※市町村使用欄（裏面）

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	整理番号	号
助 成 額	円	支給決定日 承認・不承認	年 月 日