

様式第1号（第6条関係）

幸田町生殖補助医療・先進医療費助成事業申請書

令和 年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者 住所
氏名
電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費（生殖補助医療・先進医療）の助成を申請します。

記

対象者		氏名（ふりがな）	生年月日
	夫		年 月 日 (歳)
	妻		年 月 日 (歳)
	住所（※1）	〒 — 電話 ()	
	住所（※2）	〒 — 電話 ()	
	加入医療保険（夫）	【種別】市町村国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【区分】本人・被扶養者	
	加入医療保険（妻）	【種別】市町村国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【区分】本人・被扶養者	
申請額	金 円（下記事務局記入欄 A及びBの合計）		

今回の治療について、他の自治体で助成を受けたことがありますか。（申請中を含む）

- ☐ はい → 自治体名 ()
☐ いいえ

事務局 記入欄	生殖補助医療分 ①の金額 円（上限10万円）千円未満の端数切捨 治療年月の高額療養費＋付加給付金 — 円 A 円 円 × 0.5 =	
	先進医療分 ②の金額 円（上限5万円）千円未満の端数切捨 円 × 0.7 = B 円	
	申請回数 1 2 3 4 5 6	
	申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日
	受給者番号 生殖補助医療： 先進医療：	

注）太枠の中について記入してください。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。