

桜井市生殖補助医療費助成金交付申請書

桜井市長 松井 正剛 殿

申請者氏名_____

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、桜井市が生殖補助医療費助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

助成対象者	申請者	(ふりがな) 氏名 ()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
	配偶者	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
申請者住所		〒 - 電話 ()		
その他住所 <small>(配偶者、送付先住所が異なる場合)</small>		〒 - 電話 ()		
過去の助成歴 <small>(令和7年4月1日以降)</small>		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 金庫・農協	本店 支店・出張所	店番 ()
	預金種別	普通貯蓄	(フリガナ) 口座名義人(申請者)	()
	口座番号			(左詰で記入)

- (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 (第2号様式) | (3)住民票 |
| (2)生殖補助医療費助成金交付請求書 (第3号様式) | (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翌年度末です。

※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		