

生殖補助医療費助成申請書兼請求書

天理市長 殿

申請者氏名 _____

関係書類を添えて次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。

- 天理市生殖補助医療費助成事業実施要綱第2条各号に規定する助成の対象者であることに相違ありません。
- 助成の対象となる治療期間に対して他市町村で同様の助成を受けていません。
- 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- 申請にかかる対象経費について、高額療養費の支給及び、医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等の定めるところにより生殖補助医療に要する費用に対する給付となる場合にあつては、申請額から還付の額を控除していません。

※ 該当するものに☑してください（すべてに☑がある場合のみ助成の対象となります）。

助成対象者	（フリガナ） 氏 名		生 年 月 日	
	申請者	（ ） Ⓜ		昭和 平成
配偶者	（ ）		昭和 平成	年 月 日（ 歳）

申請者住所	〒 _____	電話	（ _____ ）
-------	---------	----	-----------

過去の助成歴 （令和7年4月1日以降）	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
------------------------	---

健康保険組合（共済）等に高額療養費や一部負担金払戻金や附加給付金（家族療養費附加金等）の還付があるか電話で確認しましたか。はい がない場合は申請ができません。

健康保険組合（共済）名：

健康保険組合（共済）電話番号：

高額療養費や医療附加給付金（家族療養費附加金等）の還付がありましたか。はい いいえ

①助成対象額							円	（右詰めで記入）
②医療保険の給付等 （高額療養費、附加給付等）							円	（右詰めで記入）
③申請額（※1,000円未満切り捨て） （①－②）							円	（右詰めで記入）

下記の請求額で請求します。

請求額							円	（右詰めで記入）
-----	--	--	--	--	--	--	---	----------

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		本店	店番	
	預金種別	普通 貯蓄	（フリガナ） 口座名義人（申請者）	（ _____ ）	支店・出張所 （ _____ ）	
	口座番号					

【同意欄】※該当するものに☑してください。

- 申請内容に偽りがあった場合やその他不正な行為により助成金の支給を受けた場合は、助成費用を返還することに同意します。
- 助成要件の審査のため、下記の事項について天理市長が必要に応じて関係機関へ照会することに同意します。
1. 住民基本台帳及び戸籍並びに市民税の納付状況の閲覧
 2. 前住所または転出先住所への助成実績の照会または回答
 3. 高額医療費支給等に関する確認等に関して保険者への照会
 4. 治療状況等について医療機関または調剤薬局等への照会

申請者

配偶者

※必ず、申請者と配偶者の自筆で記名をお願いします。

裏面へ

添付書類 (☑をつけ、添付も れがないか ご確認くだ さい)	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証、住民票など）
	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
	<input type="checkbox"/> 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳等）
	<input type="checkbox"/> 高額療養費、一部負担金払戻金や附加給付金（家族療養費附加金等）が支給されている場合はその金額が分かる通知等

※申請できる期限は、1回の治療（治療計画1クール）が終了した日の属する月の翌月から起算して1年後の月の末日までです。

※市使用欄

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		

健康保険組合等からの医療附加給付金がある場合は、支給決定通知書等（コピー可）を添付してください。

貼 付