

山形市不妊治療（先進医療）費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）山形市長

申請者氏名 \_\_\_\_\_

令和5年度山形市不妊治療（先進医療）費助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

助成対象治療の助成金の交付状況について、他の地方公共団体等に対し照会・回答を行うこと、本申請の審査に必要な範囲で申請内容の調査・確認を行うことに同意します。

また、本申請に係る審査のため、世帯状況等の関係書類を閲覧することに同意します。

なお、本申請に係る助成対象治療に対し、他の地方公共団体等が実施する助成を受けません。

		夫				妻			
（ふりがな） 氏 名		（ ）				（ ）			
生年月日		（和暦） 年 月 日（ 歳）				（和暦） 年 月 日（ 歳）			
住 所 ※1		〒 電話（ ）				〒 電話（ ）			
今回の治療期間		令和 年 月 日～令和 年 月 日							
治療内容 ※該当するものに☑してください。		<input type="checkbox"/> 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 妊娠確認前に当該治療計画を中止							
実施した先進医療 ※実施したものに☑してください。		<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA/ERPeak) <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> タクロリムス <input type="checkbox"/> その他（ ）							
治療費支払額 ※2		円							
助成申請額		円							
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協						本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座		（ふりがな） 口座名義人		（申請者と同一）			
	口座番号							（左詰で記入してください。）	
受付年月日	（該当・非該当） 決定年月日			年 月 日			受給者番号		

（注）太枠内を記入してください。

※1 夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。

※2 公的医療保険が適用される生殖補助医療と併せて実施された先進医療の支払額を記入してください。

【申請時添付書類】

- ① 医療機関発行の領収書及び診療明細書（いずれも原本）
- ② 3か月以内に発行された戸籍謄本（住民票謄本で確認できる場合は省略可）（事実婚の場合は必須）
- ③ 3か月以内に発行された住民票謄本（本籍・筆頭者・続柄のあるもの）（山形市民の場合は省略可）
- ④ 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合必須）
- ⑤ 助成金の振込みを希望する口座の通帳の写し