

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8年度山形市不妊治療（先進医療）費助成事業について、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	〒 電話 ()	〒 <input type="checkbox"/> 同左 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"/> IMSI <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <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"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療費支払額 先進医療の支払額を記入してください。	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。)

(注) 太枠内を記入してください。

(山形市収受印)

【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