

寒河江市不妊治療費（生殖補助医療）本人負担額助成金
交付申請書兼請求書

寒河江市長 様

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号

寒河江市不妊治療費本人負担額助成事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、助成決定に当たり、裏面に掲げる「確認事項」について、同意します。

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください												
	☐ 体外受精（保険適用）				☐ 顕微授精（保険適用）				☐ 男性不妊治療（保険適用）				
	☐ 先進医療（保険適用外）												
	☐ 自費診療（医療保険適用内治療だが、医療保険適用の年齢・回数制限を超えたことによる自費）												
申請額（※）		円											
受療者本人	住 所	〒 寒河江市											
	氏 名												
	加 入 種 別 医 療 保 険	国 保 ・ 健 保 共 済 ・ そ の 他	保 険 者 番 号				区 分	本人・被扶養者					
配 偶 者	氏 名	電 話 - -				住 所	（※）受療者住所と異なる場合のみ記載						
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫・組合・農協 本店・支店・出張所											
	金 融 機 関 コード					店番号				1 普通	2 当座		
	口 座 番 号							口座名義人		(フリガナ)			

処理欄（記入しないでください）

体外受精・顕微授精・男性不妊治療（先進医療を除く。）		先進医療		自費診療	
a 本人負担額	円	a 本人負担額	円	本人負担額	円
	円		円		円
b 高額療養費給付額等	円				
	円				
c 山形県不妊治療費助成金	円				
	円				
d 申請額 (a-b-c) (上限各 5 万円)	円	d 申請額 (上限10万円)	円	申請額 (上限 30 万円)	円
	円		円		
申請額合計(※)(d+d')		円		円	

助成履歴		
------	--	--

(うら)

【寒河江市不妊治療費本人負担額助成事業に関する確認事項】

助成金を交付するのに必要な事項について、照会確認させていただく場合がありますので、ご承知おきください。

- 1 夫婦の市税等の滞納の有無の閲覧、確認に関すること。
- 2 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- 3 健康保険組合等から支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付）等について、保険者に照会すること。なお、支給を受けたことが申請以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知おきください。
- 4 不妊治療費本人負担額助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から寒河江市に照会があった時、これに回答すること。