

奈良市生殖補助医療費等助成申請書

奈良市長様

申請者氏名

※夫婦の住所が異なる場合は奈良市に住所を有する方

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、本件助成の可否を決定するにあたり、他の自治体・健康保険組合・医療機関・奈良市の保有する公募等を照会または確認することに同意します。なお、以下の申請内容に相違はありません。

助成対象者	(ふりがな) 氏名		生年月日		健康保険証の 限度額区分
	夫	()	昭和 年 月 日 平成 (歳)	ア・イ・ウ・エ・オ	
妻	()	昭和 年 月 日 平成 (歳)	ア・イ・ウ・エ・オ		
申請者住所 <small>※夫婦の住所が異なる場合は奈良市に住所を有する方</small>	〒 - 電話 ()				
その他住所 <small>(配偶者の住所が異なる場合)</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。 □ある ⇒ 通算 () 回 (助成を受けた市町村名:) □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	
		金融機関コード	支店コード		
	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)
 (2)夫婦の健康保険証情報の確認ができるものの写し
 (3)住民票(奈良市外住民の場合は戸籍もしくは、第三者証明等)
 (4)高額療養費支給決定通知書等(発生時のみ)※

- (5)一部負担金払戻金や家族療養費付加金等の支給決定通知書等(発生時のみ)※
 (6)振込み口座の通帳等の写し
 (7)その他必要書類

※名称や制度内容は各保険者により異なるため、申請前に加入の健康保険組合等へ必ずお問い合わせください。

また、助成金支給後に受給が判明した場合は、市や各保険者へ返還手続きが発生する可能性があるため、ご注意ください。

3 申請できる期限は、1回の治療が終了した日の属する年度の翌年度末までとなります。

※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	(高額療養費等) 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	(高額療養費等) 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	(高額療養費等) 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	(高額療養費等) 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			