

田原本町生殖補助医療費等助成金交付申請書兼請求書

田原本町長 殿 年 月 日

田原本町生殖補助医療費等助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請し、及び請求します。
申請（請求）金額が対象となる治療費より過大になった場合、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた場合、田原本町生殖補助医療費等助成金交付要綱の規定に違反した場合には、交付を受けた助成金の返還に応じます。

助 成 対 象 者		氏 名	生 年 月 日						
	申請者兼請求者		昭和 平成	年 月 日（ 歳）					
	配偶者 又はパートナー		昭和 平成	年 月 日（ 歳）					
申請者兼請求者住所		〒 ー 電話（ ）							
その他住所 （配偶者又はパートナーの住所が 申請者兼請求者と異なる場合）		〒 ー 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。 ☐ ある ⇒通算（ ）回（助成を受けた市町村名： ） ☐ なし							
申請（請求）金額		円 ※医療保険各法に基づく高額療養費及び保険者又は共済組合の規定等に定める 付加給付の支給を受けた額を除いた金額としてください。							
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協						本店 支店・出張所	普通預金
	口座番号							口座名義人（申請者兼請求者）カタカナ	
同意欄 同意される場合は、 ☐ に ☒ をしてください。		☐ 田原本町が町の住民基本台帳及び町税等の納付状況を閲覧すること ☐ 助成金の交付を受けようとする治療について、国、地方公共団体その他の機関から同様の助成等を受けていないことの 確認のために、交付状況について他の自治体等へ照会すること、他の自治体等からの照会に回答すること ☐ 治療状況に関して実施医療機関等に照会すること ☐ 高額療養費支給等に関する確認等に関して保険者へ照会すること							

(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（様式第 2 号）
(2) 振込先の口座番号・カナ名義が分かるもの（通帳の写し等） (3) その他必要書類
※他市区町村に住民票がある場合は(4)、町が上記の公簿等を閲覧することに同意しない場合は(4)(5)を添付
(4) 住所地を証明する書類（住民票の写し等） (5) 町税等を滞納していないことを証明する書類
3 申請(請求)の期限は、1 回の治療が終了した日の属する年度の末日まで(やむを得ない事情がある場合を除く。)

※市町村使用欄

保険適用分 (1)	生殖補助医療の内、本人負担の合計 円	(助成額) 円	上限 5万円	(県補助分) 助成額の2分の1 円
保険適用回数超過分 (2)	生殖補助医療の内、本人負担の合計 円	(助成額) 円	上限 15万円	(県補助分) 助成額の2分の1 円
先進医療分 (3)	先進医療の内、本人負担の合計 円	(助成額) 円	上限 5万円	(県補助分) 助成額の2分の1 円
(1)に用いるための 男性不妊分 (4)－①	男性不妊治療の内、本人負担の合計 円	(助成額) 円	上限 5万円	(県補助分) 助成額の2分の1 円
(2)に用いるための 男性不妊分 (4)－②	男性不妊治療の内、本人負担の合計 円	(助成額) 円	上限 15万円	(県補助分) 助成額の2分の1 円
受付印	☐ 治療開始日が令和7年4月1日以降 ☐ 治療初日～申請まで県内に居住 ☐ 厚生局に登録された技術である ☐ 国、自治体等で交付されていない ☐ 回数制限を超過していない ☐ 町税等を滞納していない	支給決定日 承認・不承認	年 月 日	
		助 成 額	円	