

平群町生殖補助医療費助成金交付申請書兼請求書

平群町長 殿

申請者氏名 _____

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。

また、平群町が生殖補助医療費等助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

助成対象者	(ふりがな) 氏名	生年月日		
	申請者	()	昭和 年月日	(歳)
配偶者	()	昭和 年月日	(歳)	平成
申請者住所	〒 -	電話	()	
その他住所 (配偶者、送付先住所が異なる場合)	〒 -	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、生殖補助医療の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある ⇒ 通算()回 (助成を受けた市町村名:) <input type="checkbox"/> 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	店番()
	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平群町生殖補助医療費助成事業受診等証明書(第2号様式) ③その他必要書類

②一部負担金払戻金や家族療養費付加金等が支給されている場合はその金額がわかる通知等

※一部負担金払戻金や家族療養費付加金については名称や制度内容も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お問い合わせください。

3 申請できる期限は1回の治療が終了した日から翌年3月末までです。

※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	(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	(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	(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	(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		