

秋田市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書 記入説明

申請者	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日 (申請時の年齢)	
夫		年 月 日 (歳)	
妻		年 月 日 (歳)	
住所(1)	〒() 秋田市 日中連絡が取れる電話 () (夫・妻)		
住所(2)	〒() (夫又は妻が単身赴任等により、夫婦の住所が異なる場合に記入) 電話 ()		
① 1回の治療費(自己負担額の合計)	金額	円	
② 高額療養費の有無	有・無	金額 円	
③ 付加(附加)給付金の有無	有・無	金額 円	
申請額 【②と③の額を当該月の自己負担額から控除】	金額	円	
<p><申請額について></p> <p>・申請額には、①から②と③を差し引いた額と、助成上限額(※)のいずれか低い方を記入してください。</p> <p>※保険診療の場合、治療方法A B D Eは上限 90,000円、C Fは上限 30,000円。 男性不妊治療に対しては、治療方法Cを除き上乘せ上限 90,000円。 ※保険外診療の場合、治療方法A B D Eは上限 300,000円、C Fは上限 100,000円。</p> <p>年 月 日</p> <p>窓口に提出する日(郵送の場合は投函日)を記入してください</p>			
過去の治療歴	有・無	医療機関名	回数
令和4年4月1日以降の 特定不妊治療歴	ない・ある	-----	----- 回 回
過去の助成歴	有・無	自治体名	回数
令和4年4月1日以降の 特定不妊治療費助成歴	ない・ある	-----	----- 年度 (回) ----- 年度 (回)

令和4年4月1日以降の状況を記入してください。
令和3年度以前の助成歴等は該当しません。