

様式第1号 秋田市不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

※太枠線内にご記入ください

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>※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を除き上乗せ上限 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>助成の適正を判断するために必要な場合は、関係機関への情報照会・提供および治療内容等の照会について同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(宛先) 秋 田 市 長</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 )
備考			

【添付書類】

- 1 秋田市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書および医療機関発行の領収書等
- 2 健康保険証の写し
- 3 限度額適用認定証の写し
- 4 高額療養費、付加(附加)給付金の給付がある場合は、支給額がわかる書類等

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 不承認
受給者番号	—	助成金決定額		円