

秋田市特定不妊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 ()			
健康保険の 限度額適用 区分	【保険診療で治療した場合】(受診者ごとに、該当区分に○をしてください) ☐ 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ ☐ 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ			
保険 診療	① 1 回の治療費	自己負担額	円	【① から②と③を控除した額又は治療 区分毎の上限額のいずれか低い方】 申請額 円
	②高額療養費の有無	有・無	円	
	③付加 (附加) 給付金の有無	有・無	円	
先進医療	1 回の治療費	自己負担額	円	申請額 円
保険外診療	1 回の治療費	自己負担額	円	申請額 円
※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。 ※先進医療の場合 上限 100,000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。 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。 年 月 日 (宛先) 秋 田 市 長				
過去の助成歴				
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 (回) 助成を受けた自治体: ☐ 秋田市 ☐ 秋田市外 ()			
先進医療費助成歴	☐ ない ☐ ある 助成を受けた年度: (年度)			
備考				

健康保険 資格情報資料	有 ・ 無 ()	通算 回数		治療 方法		先進 医療	有 ・ 無
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