

第1号様式（第7条関係）

上牧町不妊治療・不育治療費助成金交付申請書兼請求書

上牧町長 殿

申請日 年 月 日

申請者氏名 _____

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療・不育治療費の助成を申請します。

また、上牧町が不妊治療・不育治療費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	()	年	月	日 (歳)
	配偶者	()	年	月	日 (歳)
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、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。 <input type="checkbox"/> ある ⇒通算 () (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) <input type="checkbox"/> 座名義人(申請者)	()	
	口座番号	(左詰で記入)			

(注) | 太枠の中を記入してください。

※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	(助成対象額)	円	(町助成額及び県補助対象分)	円
保険適用回数超過分 (イ)	生殖補助医療の内、保険適用の合計	(助成対象額)	円	(町助成額及び県補助対象分)	円
先進医療分 (ウ)	生殖補助医療の内、保険適用の合計	(助成対象額)	円	(町助成額及び県補助対象分)	円
男性不妊分 (エ)	生殖補助医療の内、保険適用の合計	(助成対象額)	円	(町助成額及び県補助対象分)	円
一般不妊治療分 (オ)	保険適用、適用外の合計	(助成対象額)	円	(町助成額)	円
不育治療分 (カ)	保険適用、適用外の合計	(助成対象額)	円	(町助成額)	円
申請受付日	年 月 日	支給決定日	承認 ・ 不承認		
助成額	円		年 月 日		

