

（宛先）鳴門市長

鳴門市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

〒

申請（請求）者 住所

氏名

電話番号

鳴門市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

申請に伴い必要となる住民登録の有無、市税、市へ納付すべき保険料等の滞納の有無についての調査、医療機関への照会、助成金の受給状況を確認することに同意します。

		申請者		配偶者			
フリガナ 氏 名							
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）			
治療期間		年 月 日～ 年 月 日		治療開始日の妻の年齢		歳	
治療区分		一般不妊治療	<input type="checkbox"/> タイミング法	<input type="checkbox"/> 人工授精	<input type="checkbox"/> 排卵誘発法		
		生殖補助医療	<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療		
			<input type="checkbox"/> 先進医療を併用（治療開始が令和7年4月1日以降）				
住 所		※配偶者の住所が、申請者の住所と異なる場合のみ記入 〒 電話					
国・県・他市町村における助成		次の内容をご確認いただき、該当される場合には□に☑をつけてください。 □本申請に係る治療の費用について、国・県・他市町村で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。					
今回申請する不妊治療費に対する、高額療養費や付加給付の有無		高額療養費	<input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給申請中（自動給付の場合の支給待ち含む） 適用区分○記入（ア・イ・ウ・エ・オ・不明） <input type="checkbox"/> 受給なし				
		付加給付	<input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給申請中（自動給付の場合の支給待ち含む） <input type="checkbox"/> 受給なし（加入医療保険に付加給付の制度がない場合を含む）				
申請（請求）金額		金 円					
振込先	金融機関名	支店名		支店コード			
	フリガナ 口座名義	口座番号		種別		普通	当座

※振込先口座は、申請（請求）者に限ります。

※この助成金額と、国・県・他市町村からの助成金との重複がある場合、重複した額の払い戻しをさせていただきます場合があります。

【添付書類の説明を裏面に記載しています。裏面も必ずご確認ください。】

【添付書類】

1. 一般不妊治療を受けた場合、鳴門市不妊治療費助成受診等証明書（一般不妊治療実施分）、生殖補助医療を受けた場合、鳴門市不妊治療費助成受診等証明書（生殖補助医療実施分）
2. 院外処方を受けた場合、鳴門市不妊治療費等助成受診等証明書（院外処方における調剤分）
3. 不妊治療に要した費用（院外処方分含む）の領収書及び診療明細書（原本及び写し）
4. 夫婦の戸籍謄本
 - ・初回申請の場合（発行日から2か月以内のもの）
 - ・以下に該当する場合、写し
夫婦が鳴門市内の異なる住所に住民登録している場合、同一住所であるが世帯分離している場合、事実婚の場合
5. 助成回数のリセットを希望する場合（出産（妊娠12週以降の死産を含む）場合）、戸籍謄本または該当する出生児（死産児）の母子健康手帳の「表紙（保護者氏名が記入されていること）」と「出産の状態」のページ写し
※一般不妊治療の場合、リセット後の治療開始日が令和8年4月1日以降のものが対象です。
6. 事実婚関係に関する申立書
7. 保険者から高額療養費又は付加給付を受けた場合、限度額適用認定書又は明細書の写し
※申請後に高額療養費又は付加給付を受けた場合は申し出ください。重複した額の払い戻しをしていただきます。
8. 治療計画がある場合は写しをご提出ください。
9. その他、市長が必要と認める書類