生殖補助医療費助成申請書

横須賀市長　殿

横須賀市生殖補助医療費助成要綱に定められた内容を承諾の上、同要綱の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。
なお、住所及び婚姻関係の調査並びに生殖補助医療受診等証明書の内容について医療機関に照会することについて同意します。

年　　月　　日

申請者 （自署） ※横須賀市に住民票のある方のみ	（フリガナ） 氏名	（　　）	生年 月日	年　　月　　日生（　　歳）
	住所 （住民票がある住所※1）	〒 横須賀市	電話	（　　）
配偶者	（フリガナ） 氏名	（　　）	生年 月日	年　　月　　日生（　　歳）
	住所 （住民票がある住所※2）	□　同上　（同上の場合は記入不要） 〒	電話	（　　）

申請額 （どちらか1つにチェック）	□　**先進医療** （保険診療との併用）　円	先進医療にかかった金額を助成（**上限50,000円**）
	□　**保険外診療** （自費診療）　円	保険外診療で30万円を超えた金額に対して、 その超えた金額を助成（**上限100,000円**）
	※生殖補助医療受診等証明書に記載の領収金額が、**助成上限を超える場合は、上限額**を記入してください。	

1. 横須賀市以外の自治体（都道府県・指定都市）で同一の治療期間にかかる助成を受けたことがありますか。

　□　ありません　※ある場合は助成を受けられません

2. 令和4年4月1日以降に受けた生殖補助医療の通算回数　（　　）回目

3. 生殖補助医療費助成申請回数　　①今回初めて　　②通算（　　）回目

　②の場合 初回の治療を開始した時の妻の年齢（　　歳）
　※初めて申請する生殖補助医療費助成の治療開始時、又は保険適用1回目の治療開始時のうちいずれか早い方
　※保険適用と先進医療との併用診療の場合、治療の開始は、**治療計画作成日**となります。

4. 今回の治療を開始した時の年齢　妻（　　歳）
　※保険適用と先進医療との併用診療の場合は、**治療計画作成時**の年齢を記入してください。

5. 出産による助成回数のリセットを行う場合は記載してください。（死産の場合は、記載は不要ですので死産届の写しを添付してください。）

　対象の子（名前：　　）（生年月日：　　年　　月　　日）

6. 申請額に神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成事業の助成を受けた治療費は含まれていますか。

　□　含まれていません

振込先 （申請者）	金融機関名	金融機関名			支店コード		支店名	
		銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所	
	預金種別	普通　・　当座						
	（フリガナ）							
	口座名義人 （申請者）							
	口座番号							

注）太枠の中をご記入ください。
※1：決定通知書の送付先になります。
※2：単身赴任等の理由で、夫婦の住所が異なる場合にのみご記入ください。
◎助成対象となる1回の生殖補助医療が終了した日の翌日から数えて60日以内（消印有効）に申請してください。

（事務処理欄）

（事務処理欄）	決定年月日		・　・		（承認・不承認）	
受給者番号						
住民登録の有無		住　所				
夫	有　・　無					
妻	有　・　無					

（事務処理欄）書類確認欄
□申請書
□受診等証明書
□通帳等のコピー
□領収書・診療明細書
□住所および婚姻関係の確認書類