様式第１号（第７条関係）

大阪狭山市生殖補助医療費等助成金交付申請書

（あて先）大阪狭山市長

年　　月　　日

大阪狭山市生殖補助医療費等助成事業実施要綱第６条第１項の規定により、次のとおり、大阪狭山市生殖補助医療費等助成金の交付を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="5">申請者等の氏名及び住所</td><td rowspan="2">申請者</td><td>フリガナ</td><td rowspan="2">生年月日・今回の治療開始時の年齢</td><td rowspan="2">年　月　日
（　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">配偶者</td><td>フリガナ</td><td rowspan="2">生年月日・今回の治療開始時の年齢</td><td rowspan="2">年　月　日
（　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td></tr>
<tr><td>申請者住所</td><td colspan="3">〒　　電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td></td><td>配偶者住所</td><td colspan="3">〒　　電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td>婚姻関係</td><td colspan="4">☐　法律婚　　☐　事実婚</td></tr>
<tr><td>申請回数</td><td colspan="4">初めて治療を開始したときの妻の年齢区分に☑をつけて、この生殖補助医療及び先進医療に係る助成金の申請が通算何回目か○をつけてください。
☐　４０歳未満　（ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ ４回目 ・ ５回目 ・ ６回目 ）
☐　４０歳以上４３歳未満　（ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ）
過去の助成回数をリセットする場合は☑をつけてください。　☐</td></tr>
<tr><td rowspan="3">生殖補助医療費及び男性不妊治療費申請額</td><td colspan="2">自己負担額</td><td>上限額</td><td>申請額
自己負担額と上限額とを比較していずれか少ない金額を記入</td></tr>
<tr><td>生殖補助医療費裏面⑫の額</td><td>円</td><td>５０，０００円</td><td>①　　円</td></tr>
<tr><td>男性不妊治療費裏面⑱の額</td><td>円</td><td>５０，０００円</td><td>②　　円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">先進医療費申請額</td><td colspan="2">受診証明書の先進医療に係る合計領収金額</td><td>上限額</td><td>申請額
先進医療に係る合計領収金額と上限額とを比較していずれか少ない金額を記入</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td>５０，０００円</td><td>③　　円</td></tr>
<tr><td>合計申請金額</td><td colspan="4">①、②及び③の合計金額を記入
円</td></tr>
<tr><td>同意書</td><td colspan="4">本助成金の交付のために、市が夫婦の住民基本台帳、市税の納付の状況等の閲覧、医療機関、保険者又は各共済組合等へ医療費の支払の状況等の照会及び他の自治体へ助成の状況の照会を行うことに同意します。
申請者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
配偶者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

1　生殖補助医療費自己負担額

	自己負担額							高額療養費が支給される場合又は付加給付等が行われる場合に記入してください。				月ごとの自己負担額⑪ 月ごとに⑥の額と⑩の額とを比較していずれか少ない額（高額療養費等が支給されない場合は⑥の額）
	明細書に記載されている次の治療の診療報酬点数④					月ごとの④の合計点数⑤	⑤の合計点数×１０円×３０／１００（１０円未満の端数については四捨五入）⑥					
	採卵術（加算を含む。）	体外受精・顕微授精管理料（加算を含む。）	受精卵・胚培養管理料（加算を含む。）	胚凍結保存管理料（導入時）	胚移植術（加算を含む。）			生殖補助医療に係る一部負担金の額⑦	高額療養費又は付加給付等の額⑧	この月について他の本助成金の交付を受けた、又は受ける予定の額⑨ ※	月ごとの⑦－⑧－⑨の額⑩（０円を下回る場合は０円）	
年　月分	点	点	点	点	点	点	円	円	円	円	円	円
年　月分	点	点	点	点	点	点	円	円	円	円	円	円
年　月分	点	点	点	点	点	点	円	円	円	円	円	円
年　月分	点	点	点	点	点	点	円	円	円	円	円	円
										生殖補助医療費合計額⑫ ⑪の合計金額		円

2　男性不妊治療費自己負担額

	受診証明書の精巣内精子採取術に係る自己負担額⑬	高額療養費が支給される場合又は付加給付等が行われる場合に記入してください。				自己負担額⑱ ⑬の額と⑰の額とを比較していずれか少ない額（高額療養費等が支給されない場合は⑫の額）
		男性不妊治療に係る一部負担金の額⑭	高額療養費又は付加給付等の額⑮	この月について他の本助成金の交付を受けた、又は受ける予定の額⑯ ※	月ごとの⑭－⑮－⑯の額⑰（０円を下回る場合は０円）	
年　月分	円	円	円	円	円	円

※　他の一連の治療についての生殖補助医療又は男性不妊治療を同一の月に受け、本助成金の交付を受けた、又は受ける予定がある場合は、その額を記入してください。夫婦のいずれか一方が扶養されている等の場合は、生殖補助医療費自己負担額又は男性不妊治療費自己負担額いずれかの欄にその額を記入してください。