

## 広陵町生殖補助医療等に係る治療費助成金交付申請書兼請求書

広陵町長 殿

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療等に係る治療費の助成を申請し、及び請求します。

請求額 金 円

- (注) 1 上記の請求額及び太枠の中を記入してください。  
2 申請できる期限は1回の治療が終了した日の属する年度内です。  
3 申請者またはその配偶者（パートナー）以外が申請する場合は、裏面「委任状」が必要です。

|                        |  |          |      |            |
|------------------------|--|----------|------|------------|
| 申請者                    | フリガナ   |          | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) |
|                        | 氏名   |          |      |            |
|                        | 住所   | 電話番号 ( ) |      |            |
| (パートナー)                | フリガナ   |          | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) |
|                        | 氏名   |          |      |            |
|                        | 住所   | 電話番号 ( ) |      |            |
| (申請者と異なる場合)            |  |          |      |            |
| 過去の助成歴<br>(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。<br><input type="checkbox"/> あり ⇒通算 ( ) 回 (助成を受けた市町村名: ) <input type="checkbox"/> なし |          |      |            |

助成金の交付を決定した時は、次の口座へ振り込んでください。

|     |       |                          |                    |
|-----|-------|--------------------------|--------------------|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・組合 本店<br>金庫・農協 支店・出張所 |                    |
|     | 預金種別  | 普通・当座<br>貯蓄              | フリガナ<br>口座名義人(申請者) |
|     | 口座番号  | (左詰で記入)                  |                    |

## 【誓約・同意事項】 ※該当する□に☑を記入してください。必ず申請者と配偶者（パートナー）の自筆で記入してください。

- この申請書の記載内容は、事実と相違ありません。
- 申請に係る審査のために必要があるときは、私及び配偶者（パートナー）の住民基本台帳及び町税の納付状況に関する情報を本町が閲覧することに同意します。
- 申請に係る審査に際して、本町が関係機関（地方自治体、医療機関、ご加入の健康保険組合など）に対し、申請内容（助成の有無、治療内容や費用など）について確認することに同意します。
- この申請書に添付した「広陵町生殖補助医療等受診等証明書」及び「領収書又は支払額等が確認できる書類の原本」に記載された金額に誤りがあった場合は、町長が交付を受けた者に対して助成金の返還を命じることがあることを承知しています。また、町長から返還命令があった場合は、交付された助成金を町長が指定する口座に速やかに返還することに同意します。
- 事実上婚姻関係と同様の事情にある場合は、本事業助成で出生した子について認知を行う意向であることを誓約します。

申請者

配偶者(パートナー)

## ※広陵町使用欄

|                |                       |                 |          |
|----------------|-----------------------|-----------------|----------|
| 保険適用分<br>ア     | 生殖補助医療の内、保険適用の合計<br>円 | (助成対象額)         | (県補助対象分) |
| 保険適用回数超過分<br>イ | 生殖補助医療の内、回数超過の合計<br>円 | (助成対象額)         | (県補助対象分) |
| 先進医療分<br>ウ     | 先進医療の合計<br>円          | (助成対象額)         | (県補助対象分) |
| 男性不妊分<br>エ     | 男性不妊治療の合計<br>円        | (助成対象額)         | (県補助対象分) |
| 申請受付日          | 年 月 日                 | 支給決定日<br>承認・不承認 | 年 月 日    |
| 助成額            | 円                     |                 |          |

(裏面をご覧ください)

【添付書類】（該当する□に☑してください。）

- 住民票の写し ※本町において内容が確認できる場合は省略可
- 生殖補助医療等受診等証明書（第2号様式）※医療機関記入
- 生殖補助医療等を受けたことが分かる領収書の原本又は支払額等が確認できる書類の原本及び診療明細書の原本
- 医療保険各法に基づく被保険者若しくは組合員若しくは被扶養者であることの証明書若しくは資格確認書の写し及び、限度額適用認定証の写し若しくは限度額認定の区分が確認できる資格確認書の写し  
（若しくは、マイナポータルの健康保険証等の情報を印字装置により出力したもの等で被保険者等であること、限度額適用認定の区分が確認できるもの）
- 一部負担金払戻金や家族療養費付加金等が支給されている場合は、その金額が分かる通知等  
※一部負担金払戻金や家族療養費付加金については、名称や制度内容も各保険者により異なるため、申請前に加入の健康保険組合等へお問い合わせください。
- 対象者の町税の完納を証明する書類 ※本町において内容が確認出来る場合は省略可
- 振込口座の通帳等の写し
- その他必要書類

委任状

広陵町長 殿

委任者(申請者又は配偶者(パートナー)) 氏名

(署名又は記名押印)

住所

私は、下記の者を代理人と定め、広陵町生殖補助医療等に係る治療費助成事業実施要綱に基づく助成金の申請その他助成金の交付手続及び助成金の受領に係る権限を委任します。

代理人(受任者) 氏名

委任者との関係(続柄)