

## 御所市不妊治療費助成金交付申請書

（宛先）御所市長

（申請者）氏名

（口座名義人と同一）

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。また、御所市が不妊治療費助成金の審査のため、下記の①～③について、調査、照会及び閲覧することに同意します。

①住民基本台帳の記録について

②市税等の滞納状況について

③同種の助成金交付状況を他市町村に照会することについて

（現在、他の市町村等で同種の助成を受けている場合は、助成できません。）

申請の種類

一般不妊治療生殖補助医療先進医療

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 <small>(配偶者、送付先住所が異なる場合)</small>	〒 -	電話 ( )	
過去の助成歴 <small>(令和7年4月1日以降)</small>	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 ( ) 回 (助成を受けた市町村名： ) <input type="checkbox"/> なし		

(注) 1 太枠の中を記入してください。

2 以下の書類を添付してください。

(1) 御所市一般不妊治療医療機関等証明書（様式第2号）又は御所市生殖補助医療費助成事業受診等証明書（様式第3号）

※様式第2号及び様式第3号は、医療機関が記入します。

(2) その他市長が必要と認める書類