

鶴岡市長 様

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

令和8年度鶴岡市生殖補助医療費助成金交付申請書兼請求書

令和8年度鶴岡市生殖補助医療費助成金交付要綱第5項の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成額決定にあたり、夫婦の住民記録及び市税の納付状況について調査すること、本申請の内容について他の地方公共団体に照会すること、及び令和8年度鶴岡市生殖補助医療費助成事業申請用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。

なお、以下の場合には本市からの助成金の支給対象にならないことを理解し、本市からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、支給済みの助成金を返還することに同意します。

- ・本申請分の生殖補助医療費について、山形県以外の自治体から費用の助成を受けている場合
- ・申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合

	夫		妻	
フリガナ 氏 名				
生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)		昭・平 年 月 日 (歳)	
住所 ※申請者と住所が異なる場合記入	〒 電話		〒 電話	
治療内容 ※○をつけてください	採卵術・胚移植術・精巣内精子採取術・保険診療と併用した先進医療			
治療期間 (申請用証明書に記載されている期間)	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療費支払額 ①	保険診療による治療		円	
	保険診療と併用した先進医療		円	
山形県特定不妊治療費助成額 ②	円			
高額療養費払い戻し額 ③	円			
申請金額 ①-②-③ (助成上限額9万円)	円			
振込 口座 ※申請者 名義	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

(添付書類)

- 1 令和8年度鶴岡市生殖補助医療費助成事業申請用証明書 (様式第2号)
- 2 医療機関等が発行する領収書及び医療費明細書 (原本)
- 3 山形県特定不妊治療 (生殖補助医療) 費助成金給付決定通知書の写し
- 4 高額療養費限度額適用認定証、給付通知書等の写し (該当する方)

※以下、市記入欄

受理年月日	治療内容	決定年月日 (交付・不交付)	交付決定額	No.
年 月 日	採・胚・精・先	年 月 日	円	