

第1号様式（第7条関係）

逗子市生殖補助医療費助成申請書

逗子市長

逗子市生殖補助医療費助成金交付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を医療機関に照会することについて同意します。

申請者	(フリガナ) 氏名	生 年 月 日
夫	()	年 月 日生 (歳)
妻	()	年 月 日生 (歳)
住所	〒 逗子市	電話 ()
住所 (夫婦で異なる 場合)	〒 (夫・妻)	電話 ()
申請額	円	

1 逗子市以外の市区町村で同一の治療期間に係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回目 2回目

4 出産により助成回数を改めることが必要な場合のみ記載してください。

(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)

5 申請額に神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等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