

奈良市長 様

※夫婦の住所が異なる場合は奈良市に住所を有する方

助 成 対 象 者		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	健康保険証の 限度額区分
	夫	()	年 月 日 (歳)	ア・イ・ウ・エ・オ
	妻	()	年 月 日 (歳)	ア・イ・ウ・エ・オ

申請者住所	〒	—	電話	()
※夫婦の住所が異なる場合は奈良市に住所を有する方				

④ 氏名
 ⑤ 住所
 ⑥ 電話番号
 ⑦ 性別
 ⑧ 年齢
 ⑨ 職業
 ⑩ その他住所
 (配偶者の住所が異なる場合)

過去の助成歴 (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。 ☐ ある ⇒通算()回 (助成を受けた市町村名：) ☐ なし
------------------------	--

振込先	金融機関名	銀行・組合・金庫・農協						本店・支店・出張所					
		金融機関コード						金融機関コード					
	預金種別	普通貯蓄		(フリガナ) 口座名義人(申請者)				()					
		口座番号							(左詰で記入)				

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| (1)生殖補助医療費助成事業受診等証明書（第2号様式） | (4)高額療養費通知（発生時のみ） |
| (2)健康保険証及び限度額適用認定証の写し | (5)振込み口座の通帳等の写し |
| (3)住民票（奈良市外住民の場合は戸籍もしくは、第三者証明等） | (6)その他必要書類 |

3 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の翌年度末までとなります。

保険適用分 ア	生殖補助医療の内、保険適用の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療の内、回数超過の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
先進医療分 ウ	先進医療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円

申請受付日	年 月 日	支給決定日 承認・不承認	年 月 日
助 成 額	円		