

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

蕪崎市不妊症対策支援事業治療費助成金交付申請書
蕪崎市 市長 様

申請者
住所
氏名
電話

印

下記のとおり蕪崎市不妊治療費の助成金交付を受けたいので申請します。

診断を受けた者の氏名		生年月日	市民となった日
夫の氏名		年 月 日生	年 月 日
妻の氏名		年 月 日生	年 月 日

婚姻年月日	年 月 日
-------	-------

医療機関記入欄		
診療を受けた者の氏名		
体外受精・顕微授精に係る診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
診療額 (食事療養費は除く)	不妊治療のうち体外受精又は顕微授精に係る保険適用外の自己負担金	円
年 月 日 上記のとおり不妊治療（体外受精・顕微授精）をされたことを証明します。 医療機関名 所在地 名称 医師名		

(注)・当該不妊治療費（体外受精・顕微授精）に係る領収書を添付すること。
・加入保険証を添付すること。

加入保険等から規定等により当該治療費自己負担分の給付がある場合	円
---------------------------------	---

振込先	口座振替指定 金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号（左詰で記入）
	フリガナ		
	口座名義		

蕪崎市不妊症対策支援事業のため、市長が所得状況を閲覧することを同意します。 氏名 氏名
