

第2号様式（第5条関係）

蕪崎市不妊症対策支援事業治療費（男性不妊治療費）助成金交付申請書

（宛先）蕪崎市長

年 月 日

（申請者）住所

氏 名 (※)

(※) 本人が手書しない場合は、記名押印してください。

電 話

下記のとおり特定不妊治療の一環としての蕪崎市男性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
氏名1(※)		年 月 日生	年 月 日
氏名2(※)		年 月 日生	年 月 日

※ 夫婦又はパートナーの氏名をご記入ください。

婚姻年月日(※)	年 月 日
----------	-------

※ パートナーシップ宣誓をしている場合は、宣誓した日をご記入ください。

医 療 機 関 記 入 欄	
診療を受けた者の氏名	
診 療 内 容	特定不妊治療（体外受精・顕微授精） 男性不妊治療（精巣内精子生検採取法・精巣上体内精子吸引採取法・その他精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）
診 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
総 額	
年 月 日 上記のとおり不妊治療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	

㊞

診療月	保険診療分			保険診療以外の 本人負担金額
	本人負担額 A	高額療養費等 B	申請対象額 A-B	
4月分	円	円	円	円
5月分	円	円	円	円
6月分	円	円	円	円
7月分	円	円	円	円
8月分	円	円	円	円
9月分	円	円	円	円
10月分	円	円	円	円
11月分	円	円	円	円
12月分	円	円	円	円
1月分	円	円	円	円
2月分	円	円	円	円
3月分	円	円	円	円
計	円	円	ア 円	イ 円

交付申請額	円	上限額50,000円 (ア＋イ－ウ－エ)
-------	---	-------------------------

過 去 の 助 成 状 況	□男性不妊症の治療費の助成を受けたことがない。		
	□男性不妊症の治療費の助成を受けたことがある。(詳細は下記へご記入ください。)		
	年度	(都道府県、市)	回数
	年度	(都道府県、市)	回数
	年度	(都道府県、市)	回数
	年度	(都道府県、市)	回数
	年度	(都道府県、市)	回数

(氏名1) 署名 (氏名2) 署名