

蕪崎市不妊症対策支援事業治療費助成金交付申請書

(宛先)蕪崎市長

(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	
診療内容	特定不妊治療 (体外受精・顕微授精) 一般不妊治療 (人工授精・排卵誘発法・タイミング法 その他 ())
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
診療額 (食事療養費等は除く)	不妊治療に要した医療費の自己負担 金 円
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	

- (注) ・当該不妊治療費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 本店 金庫 支店 農協 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								

過去の助成状況	<input type="checkbox"/> 不妊症の治療費の助成を受けたことがない。
	<input type="checkbox"/> 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 回
	年度 (都道府県、市) 回数 回
	年度 (都道府県、市) 回数 回
	年度 (都道府県、市) 回数 回

蕪崎市不妊症対策支援事業のため、市長が私の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適性を判断するために必要な場合は、他の地方公共団体に情報の照会・提供すること及び医療機関に受診等証明の内容を照会することを同意します。

申請者署名 _____ 配偶者署名 _____