

不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

勝山市長

申請者 住 所 勝山市
氏 名
連絡先

不育症治療費助成金の交付を受けたいので、申請します。

併せて、勝山市が申請事項確認のため、夫婦両人の住民基本台帳、市税納税状況等について公簿等を閲覧すること及び医療機関に治療状況の聞き取りを行うことに同意します。

助成対象者				
夫	氏 名 (自署)		生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
妻	氏 名 (自署)		生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

下記は医療機関にて記入

医療機関記入欄				
治療を受けた者	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
助成対象となる治療期間	年 月 日から		年 月 日	
検査・治療内容				
検査・治療に係る自己負担額	保険診療分	円	合計	円
	自費診療分	円		
上記のとおり治療したことを証明します。				
				年 月 日
医療機関		住 所		
		名 称		
		主治医		
(自署又は記名・押印)				

【添付書類】

- ①領収書（福井県不育症検査費助成を申請した場合は申請時に受領印を受けたもの）
- ②福井県不育症検査費助成承認決定通知書（該当者のみ）
- ③他の医療費助成制度により助成（付加給付金等）を受けたことがわかる書類（該当者のみ）
- ④夫婦のいずれかが市外に住所を有する場合は、住所地及び配偶者が記載された戸籍抄本等