

様式第1号（第7条関係）

勝山市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

勝山市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

勝山市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、申請します。

診療を受けた夫婦の氏名		生年月日
夫		年 月 日生
妻		年 月 日生

医 療 機 関 記 入 欄			
診療開始日	年 月 日	病名	
治療方法	精巣内精子採取術 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精		
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
治療費	(保険診療適用外の診療費)		円
上記のとおり不妊治療したことを証明します。			
患者氏名		年 月 日	

医療機関 住所			
名称			
主治医			印

【同意欄】

勝山市が、申請事項確認のため夫婦二人の住民基本台帳、市税納税状況等について公簿等を閲覧し調査することに同意し申請します。

(自署) 夫 _____
妻 _____

- ・添付するもの ①領収書
②福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書
(県へ提出した領収書の写しを添付すること)