

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

不妊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すること及び医療機関に治療状況の聞き取りを行なうことに同意します。

診療を受けた者				
夫	氏 名 (自 署)		生年月日	年 月 日
	住 所	□申請者と同じ		
妻	氏 名 (自 署)		生年月日	年 月 日
	住 所	□申請者と同じ		

下記は医療機関記入欄

医療機関記入欄				
診療開始日	年 月 日	診断名		
治療方法	□体外受精 □顕微授精 □精巣内精子採取術 □不妊症検査 □人工授精 □その他（ ）			
治療期間	年 月 日から		年 月 日まで	
治療費	保険診療にかかる自己負担額	円	合 計	円
	自費診療にかかる自己負担額	円		
上記のとおり治療したことを証明します。				
			年	月 日
患者氏名	夫_____			
	妻_____			
		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（福井県特定不妊治療費/不妊検査・一般不妊治療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福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書/不妊検査・一般不妊治療費助成事業決定通知書（該当者のみ）
- ③他の医療費助成制度により助成を受けた（付加給付金等）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、市外居住者の戸籍抄本等（住所地、配偶者が記載されたもの）