

不育症治療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

下野市長 様

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

当該助成金の受領に関し、次の口座の名義人にその権限を委任します。

下野市が実施する住民記録の確認及び市税納付状況の調査について同意します。

申請者氏名		生年月日		住 所	
夫	㊟	年 月 日 (歳)	〒 (TEL)		
妻	㊟	年 月 日 (歳)	〒 (TEL)		
過去にこの助成を受けましたか。		有 ・ 無		過去 () 回受けた	
他自治体や医療保険等からの助成金額		有 ・ 無		円	
振込先	金融機関	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
			普通		

※申請額 円 (100円未満切捨)

添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本及び本籍・続柄が記載された個人番号記載のない住民票 ※夫婦が同じ世帯の場合は不要
	<input type="checkbox"/> 助成金交付決定通知書の写し ※他自治体や医療保険等から給付があるとき
	<input type="checkbox"/> 夫婦それぞれの医療保険証の写し
	<input type="checkbox"/> 当該治療に係る領収書の原本 ※原本確認後、希望により返戻します。

※太線枠内は申請者が記入押印し、二重線枠内は医療機関で記入押印を受けてください。

医療機関証明			
※該当箇所を○で囲み、カッコ内に詳細を記入してください (診断・治療の両方の証明が必要です)。			
受診者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
診断実施 医療機関	A 免疫異常 ()		
	B 内分泌異常 ()		
	C 夫婦染色体異常 ()		
	D 子宮形態異常 ()		
	E その他 ()		
診断期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
診断名			
上記受診者について、不育症と診断し、その内容を証明します。 平成 年 月 日			
医療機関名称 及び所在地 医師氏名 ㊟			
治療実施 医療機関	A 免疫異常 ()		
	B 内分泌異常 ()		
	C 夫婦染色体異常 ()		
	D 子宮形態異常 ()		
	E その他 ()		
診断期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
治療費	円 (保険適用外の合計額)		
上記受診者について、不育症治療を実施し、これに係る治療費を徴収したことを証明します。 平成 年 月 日			
医療機関名称 及び所在地 医師氏名 ㊟			

住民記録確認	平成 年 月 日 ㊟	市税納付状況確認	平成 年 月 日 ㊟
--------	------------	----------	------------