様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

那須塩原市長　様

申請者　氏名

電話

不育症治療費助成申請書

那須塩原市不育症治療費助成交付要綱第４条の規定により不育症治療費の助成を申請します。

【申請者記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者（治療を受けた夫婦の氏名） | 生年月日 | 加入健康保険名 |
| 夫 |  | 年月日 |  |  |
| 妻 |  | 年月日 |  |  |
| 過去に那須塩原市の不育症治療費助成を受けたことがありますか。 | 有・無 | 「有」の場合助成年度 |  　　年度 　　年度 　　年度 　　年度 |
| 今回の不育症治療について、国、県、他市区町の制度による助成を受けましたか。 | 有・無 | (どちらかに○を付けてください。) |
| 振込先口座(申請者名義の口座) | 銀行信用金庫・信用組合農業協同組合 | 支店支店・支所支所 |
| (預金種別： 普通 ・ 当座)口座番号： | (ﾌﾘｶﾞﾅ)口座名義： |

※ この申請書には、次の書類を添付してください。

* 不育症治療費に係る領収書の写し
* 配偶者との住所が異なる場合、発行から３か月以内の戸籍謄本
* 市税等調査同意書（様式第２号）
* 他制度による助成を受けた場合は、その決定通知書の写し
* 加入している健康保険の被保険者証の写し（夫婦とも）

【医療機関証明欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 |  | 生年月日 | 年月日 |
| 既往歴 | 妊娠　 　回（今回含む） ・ 流産及び生化学妊娠（化学流産）　 　回 ・ 異所性妊娠　 　回 |
| 治療の理由（診断名） |  |
| 治療名及び内容 |  |
| 治療期間 | 　　　　　年　　　　月　　　～　　　　　　年　　　　月 |
| 治療費 | 　　　　　円 | （保険診療外の治療費及び検査費の合計金額） |
| 上記のとおり不育症治療を行ったことを証明します。医療機関　所在　　　　　　　　　　名称主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |