

那須塩原市長 様

住 所
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金交付要綱第 6 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
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：	(フリガナ) 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
- 公的医療保険の加入を証する書類の写し (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)		
<p>上記のとおり不育症治療を行ったことを証明します。</p> <p>医療機関 所在 名称 主治医</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>			