

那須塩原市長 様

住 所  
申請者 氏 名  
電 話

不妊治療費助成申請書

那須塩原市不妊治療費助成金交付要綱第 4 条の規定により不妊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妊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
今回の不妊治療について、国・県、医療保険等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。

- ① 不妊治療費に係る領収書の写し
- ② 住民票（続柄、本籍表示）又は戸籍謄本
- ③ 市税等調査同意書（様式第 2 号）
- ④ 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 ※所得制限により助成が受けられなかった場合は、所得額を証明できる書類（治療終了日の属する年度の前年のもの）
- ⑤ 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
		年 月 日
治療名及び内容		
治療期間	年 月 ～ 年 月	
妊娠の有無	有 ・ 無 （どちらかに○を付けてください。）	
治療費	円 （保険診療外の治療費及び検査費の合計金額）	
<p>上記のとおり不妊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>		