

那須塩原市長 様

那須塩原市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。

なお、助成要件確認のため本市が保有する住民基本台帳及び納税状況の確認並びに他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

【申請者記入欄】

ふりがな		生年月日及び 治療開始日の年齢	年 月 日 (歳)
申請者			年 月 日 (歳)
ふりがな			
配偶者			
申請者住所	〒 電話 那須塩原市		
配偶者住所 ※申請者住所と異なる場合のみ記入	〒 電話		
該当する内容にチェックを入れてください。 ☐ 法律婚 ☐ 事実婚（様式第 2 号を添付）			
申立欄 ※いずれかに○をつけること	今回の助成申請に係る不育症治療費に対し、他の市町村等からの助成を受けて (いない ・ いる) ※予定を含む		
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
振込先	金融機関名		支店名
	預金種別	普通 ・ 当座	
	フリガナ		
	口座名義人 (申請者と同じ)		

※太枠内を御記入ください。

【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)		
保険診療外の不育症治療を行い、その治療費を徴収したことを証明します。 医療機関 所 在 名 称 主治医			