

御坊市一般不妊治療費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり、一般不妊治療費の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	年	月 日 (歳)
妻	()	年	月 日 (歳)
住所(※1)	〒 電話 ()		
住所(※2) (夫・妻)	〒 電話 ()		
1年前の住所 (※3)	〒		
過去1年間に居住 した市町村(※4)			
申請者(口座名義人と同一) 氏 名 _____ 一般不妊治療に要した本人負担額 金 _____ 円 申請金額 金 _____ 円 (1年度上限5万円) 年 月 日 御坊市長 様			
加入医療保険 (夫)	【保険者名称】 【被保険者証等の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】	
加入医療保険 (妻)	【保険者名称】 【被保険者証等の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】	
不妊治療開始時期(※5)	年 月 頃 (歳)	不妊治療年間費用(※6)	約 万円

※ 治療を受けた日の属する年度内に申請してください。ただし、当該年度分の治療が1月までである場合は翌年度の4月日まで、2月までである場合は翌年度の5月末日まで、3月までである場合は翌年度の6月末日までに申請してください。

※ 一般不妊治療には、不育症に対する治療及び検査を含みます。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。)

※3 申請日の1年前の住所を記入してください。

※4 ※3以降に居住した市町村名を記入してください。

<以下の2項目(※5・※6)については、不妊治療対策の基礎データとし、今後の本事業の充実に役立てたいと考えてります。ご協力いただける方はご記入いただけますようお願いいたします。>

※5 今回の申請にかかわらず、あなたが一般不妊治療を開始した時期を記入してください。

※6 直近の1年間に一般不妊治療に要した費用の額を記入してください。(体外受精及び顕微授精は除きます。)

《添付書類》

- 1 一般不妊治療医療機関受診等証明書(別記第2号様式)
(薬局での投薬を受けた方は、薬局からの証明書と併せて提出してください。)
- 2 同意書
- 3 医療機関発行の一般不妊治療に要した費用に係る領収