

様式第1号（第6条関係）

海津市不育症検査及び不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

海津市長 宛て

関係書類を添えて、次のとおり不育症検査及び不育症治療費の助成を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	年 月 日
	住所	〒 海津市		
配偶者	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	年 月 日
	住所	※夫婦の住所が異なる場合に記入 〒		
日中連絡可能な 電話番号		( )	夫・妻・その他 ( )	
申請回数		回目（前回の申請 年 月）		
申請額		_____ 円		
<p>同意事項</p> <p><input type="checkbox"/> 夫婦の住民基本台帳及び税務情報について、海津市が調査を行うことに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関、調剤薬局等へ海津市が問い合わせをすることに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 今回の申請額が国・県・他の地方自治体の助成額を除いた額であることを認めるとともに、関係機関へ海津市が問い合わせをすることに同意します。</p>				
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	承認・不承認	年 月 日

※太枠内を記入してください。

(添付書類)

- (1) 海津市不育症検査及び不育症治療費助成事業受診等証明書（様式2号）
- (2) 不育症検査及び不育症治療を受けた医療機関等の発行する領収書及び診療明細書

様式第2号（第6条関係）

海津市不妊治療費助成事業受診等証明書

検査及び 治療を受 けた者	(ふりがな) 氏 名	( )	生年月日	年 月 日
保険医療機関証明書欄				
不育症治療の内容		◎治療方法の該当箇所に記入してください <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
検査・治療に要した費用（本人負担額） 年 月分 ～ 年 月分                      合計                      円				
(各月明細)				
		年 月分	円	
		年 月分	円	
		年 月分	円	
上記のとおり証明します。 年 月 日				
医療機関 所在地 名 称 主治医氏名				
海津市長 宛て				(印)
調剤薬局証明書欄				
投薬に要した費用（本人負担額） 年 月分 ～ 年 月分                      合計                      円				
(各月明細)				
		年 月分	円	
		年 月分	円	
上記のとおり証明します。 年 月 日				
調剤薬局 所在地 名 称 氏 名				
海津市長 宛て				(印)

様式第4号（第8条関係）

海津市不育症検査及び不育症治療費助成金交付請求書

年 月 日

海津市長 宛て

申請者 住所  
氏名



年 月 日付け 第 号をもって交付決定を受けました不育症検査及び不育症治療費助成金について、下記のとおり請求します。

記

交付請求額 金 円

振 込 先	金融機関名	銀行・労働金庫・農協 信用金庫・信用組合		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	( )		

添付書類

申請者名義の通帳の写し