

様式第1号（第6条関係）

海津市不妊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、次のとおり不妊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) 海津市不妊治療費助成事業受診等証明書（様式2号）
- (2) 不妊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

治療を受けた者	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	年 月 日
	(ふりがな) 氏名	( )	生年月日	年 月 日
保険医療機関証明書欄				
診療内容（不妊治療を行うにあたり実施した検査は含まれます）	・ タイミング法      ・ 排卵誘発法      ・ 人工授精 ・ 体外受精          ・ 顕微授精 ・ 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)				
	氏名 ( )	氏名 ( )		
年 月分	円	円		
年 月分	円	円		
年 月分	円	円		
年 月分	円	円		
年 月分	円	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)				

【裏面：調剤薬局証明書欄】

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)

	氏名（ ）	氏名（ ）
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

調剤薬局 所在地  
名 称  
主治医氏名

海津市長 宛て

印

様式第4号（第8条関係）

海津市不妊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妊治療費助成金  
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