

年 月 日

大田市長 様

※申請者名は助成対象となる本人（治療を受けられた方）の氏名を記入してください。

申請者 住所

氏名

電話番号() —

不妊・不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

※太枠内は申請者が記入

区 分	ふりがな 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日生
妻		年 月 日生
住所	〒 電話() —	
住所(※1) 夫と妻の住所が異なる場合に記入してください (単身赴任等)	〒 電話() —	
治療内容	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 不育症治療	
指 定 口 座	金融機関名	銀行・金庫・農協
	同 店 舗 名	本店・本所・支店・支所・出張所・代理店
	口 座 種 別	1 普通 2 当座 3 その他()
	口 座 番 号	
	口座名義人	フリガナ
加入保険(夫)	【種別】 健保・国保・船員・共済・その他() 【記号】 【番号】	
加入保険(妻)	【種別】 健保・国保・船員・共済・その他() 【記号】 【番号】	
自己負担金合計	円	
助 成 金 額	円	

同意書

不妊・不育症治療費助成決定のために、私と配偶者の住民基本台帳、医療機関が把握した情報（不妊・不育症治療の内容）および、大田市税等の納付状況を公簿等により確認することについて同意します。

申請者

【添付書類】

- 不妊（不育症）治療医師証明書（様式第2号）
 - 不妊・不育症治療等に要した費用の領収書・明細書（原本）
 - 限度額認定証等（不妊治療費申請時のみ必要）
 - 助成対象となる本人の保険証（写し）※初回申請時必要。2回目申請以降は変更があった場合のみ必要。
 - 振込口座名義・口座番号の確認書類（通帳写し）
 - 医療費通知（高額療養費。付加給付金の記載があるもの）
- (以下必要な方のみ)
- 夫婦が同一世帯でない場合、戸籍謄本等証明書類
 - 婚姻関係に関する申立書

支払日 決定	助成額 算出決定	保険証 確認欄	市税等 確認欄	住基 確認欄	受付印
				年 月 日	