

一般不妊治療助成金交付申請書

年 月 日

潟上市長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

潟上市一般不妊治療助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
 なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

記

対象者		
(ふりがな) 夫の氏名	()	年 月 日生 (歳)
(ふりがな) 妻の氏名	()	年 月 日生 (歳)
(※1) 住 所	〒 — 潟上市	電話番号 () —
(※2) 住 所	〒 —	電話番号 () —
加入医療保険 (夫)	【種別】 市国保・組国保・健保・共済・その他 ()	
	【保険者番号】	
	【保険者名称】	
	【記号番号】	記号 番号
	【区別】 本人 ・ 被扶養者	
加入医療保険 (妻)	【種別】 市国保・組国保・健保・共済・その他 ()	
	【保険者番号】	
	【保険者名称】	
	【記号番号】	記号 番号
	【区別】 本人 ・ 被扶養者	

受診医療機関		
医療機関名称		
医療機関住所	〒 — 秋田県	電話番号 () —

添付書類	
①	一般不妊治療助成金請求書（様式第2号）
②	一般不妊治療医療機関証明書（様式第3号）
③	一般不妊治療を行った医療機関発行の領収書及び院外処方薬に係る薬局の領収書
④	夫婦それぞれの住民票
⑤	夫婦それぞれの所得証明書

備考

- ※1 夫婦の住所を記入してください。
- ※2 単身赴任等により、夫婦が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。
- ※3 治療が終了した日の属する月の年度末が申請期限です。1月から3月の間に終了した場合は、その年の5月末が申請期限となります。
- ※4 申請の際に、健康保険証をお持ちください。