

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

小山市長 様					年 月 日
関係書類を添えて、下記のとおり小山市不育症治療費の助成を申請します。					
申請者	フリガナ		生年	年	加入保険の名称等
	氏名		月日	月 日	名称
	住所	小山市	電話 番号		記号 番号
配偶者	フリガナ		生年	年	加入保険の名称等
	氏名		月日	月 日	名称
	住所	小山市	電話 番号		記号 番号
振込先	銀行・信金		本店・支店		普通
	口座名義（カタカナ）		口座番号		

同意書

不育症治療費助成金を申請するにあたり、以下の事項に同意します。

- ① 受給資格の確認及び審査にあたり、市が住民基本台帳での確認や市税等の滞納について調査すること。また、市から必要書類の提出を求められたときはこれを提出すること。
- ② 助成金の額の算定のため、必要により医療機関・調剤薬局または保険者への問い合わせを行うこと。

申請者氏名 _____

配偶者氏名 _____

※同意される場合、自署でお願いします。

担当者使用欄（記入不要）

申請者宛名【 】	<input type="checkbox"/> 1年経過	<input type="checkbox"/> 5年到達	<input type="checkbox"/> 50万円到達	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 事実婚
<input type="checkbox"/> 妊産婦取得	年 月 日	<input type="checkbox"/> 出産	年 月 日	第 子 助成	
<input type="checkbox"/> 過年度申請	回	円	控除額	円	
小山市助成額		円			

不育症治療内容証明書

医療機関証明			
受診者名		生年月日	年 月 日
診 断 名			
不育症治療の理由	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細はカッコ内に記載してください。		
	<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	()
主な治療内容			
治療期間	年 月 日 ~	年 月 日	
治療費	円 (保険診療費以外の合計額)		
<p>上記のとおり不育症治療を行ったことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地 名 称 ㊟</p> <p>上記の者について、不育症の治療が必要であることを認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 主 治 医 ㊟</p>			