

様式第1号

小山市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

小山市長 様

申請者 住 所 小山市

氏 名

電話番号

治療を受けた夫婦の氏名	生年月日	加入健康保険名
夫	昭和 平成 年 月 日	
妻	昭和 平成 年 月 日	
国・県、その他医療保険等からの助成の有無	有 ・ 無 (どちらかに○を付ける)	
振込先 (申請者に同じ)	銀行 (カタカナで記入) 口座名義	支店 普通 口座番号

医療機関記入欄	
治療名及び内容	
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
治療費	円 (保険診療費以外の合計金額)
保険診療適用外となった理由	1. 年齢制限を超えたため 2. 回数制限を超えたため 3. 先進医療を受けたため 4. 令和4年3月までの凍結胚等を使用したため 5. その他( )
上記のとおり不妊治療をしたことを証明します。	
患者氏名	年 月 日
	医療機関 住 所 名 称 主治医 印

※添付書類

- ①戸籍謄本(発行日が不妊治療申請日の3か月前までのもの)
- ②領収書(コピーを提出する場合は、原本もご持参下さい。)
- ③他に助成金等の受給があるときは、その交付決定通知書等(コピーを提出する場合は、原本もご持参下さい。)
- ④市税納付状況調査同意書(ご夫婦お二人分の記入をお願いします。)