

不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

申請者 住所:

氏名:

電話番号:

小山市不妊治療費助成金制度の助成を受けるため、以下の状況調査に同意し、下記の通り申請します。
・住民票情報、市税納付状況、自治体等の受給状況について小山市の定める調査・確認をすることに同意致します。

申請者	夫		妻		
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日		昭和 平成 年 月 日		
	加入保険				
	住所				
	振込先	金融機関名 銀行 金庫 農協 金融機関コード:	支店名 支店 支店コード:	預金種別 普通	口座番号
申請について	●該当する婚姻状況を選択(☑)してください。 □法律婚 □事実婚(事実婚に関する申立書を提出してください。)				
	●該当する制度の申請状況を選択(☑)、記入してください。				
	□限度額認定証(認定証の区分 ア・イ・ウ・エ・オ)				
	□高額療養費(決定通知書等、支給額がわかる書類を提出してください。) 助成額 円				
□付加給付(決定通知書等、支給額がわかる書類を提出してください。) 助成額 円					

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	不妊治療費合計金額	円
	保険内	円
	保険外	円
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		

市事務処理欄

申請者宛名	【 年 月 日 】	□1年経過	□5年経過	□100万円到達	□婚姻 □事実婚
妊娠婦取得	年 月 日	□出産	年 月 日	第 子(助成)	
過年度申請	回目	円	医療費助成合計額	円	
小山市助成額	【 円 】				