

五城目町一般不妊治療助成金交付申請書

年 月 日

五城目町長 様

（申請者）住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

五城目町一般不妊治療助成金の交付を受けたいので、下記のとおり必要書類を添えて申請します。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。

夫	住 所		
	(フリガナ) 氏 名		年 月 日生 (歳)
妻	住 所		
	(フリガナ) 氏 名		年 月 日生 (歳)
交付申請額		円	
医療機関名			
添付書類		1 一般不妊治療費助成事業医療機関証明書 2 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 3 夫婦それぞれの住民票 4 夫婦それぞれの納税証明書 5 夫婦の健康保険証の写し	
振 込 先	金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義	(カタカナ)	

五城目町一般不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

代表者

主治医氏名

印

下記の者については、不妊治療によらなければ妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費の本人の負担額を徴収したことを証明します。

受診者	氏名		生年月日			
	夫		年 月 日			
	妻		年 月 日			
診療開始日		年 月 日				
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他 ()						
・ 院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し)						
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分			薬局徴収分	
		保険診療		保険診療以外の 本人負担額 ②	本人負担額 ③	
		医療費総額	本人負担額①			
	年4月	円	円	円	円	
	年5月	円	円	円	円	
	年6月	円	円	円	円	
	年7月	円	円	円	円	
	年8月	円	円	円	円	
	年9月	円	円	円	円	
	年10月	円	円	円	円	
	年11月	円	円	円	円	
	年12月	円	円	円	円	
	年1月	円	円	円	円	
	年2月	円	円	円	円	
年3月	円	円	円	円		
本人負担総額 (①+②+③)					円	

- 1 一般不妊治療(検査を含む)に関する費用についてのみご記入ください。(体外受精、顕微授精は除く)
- 2 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。