

様式第1号（第5条関係）

五城目町一般不妊治療費助成金交付申請書

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費助成金交付申請にあたり、引き続き五城目町へ在住するとともに、
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 (※1)		
	(フリガナ) 氏 名		年 月 日生 (歳)
妻	住 所 (※2)		
	(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		☐ 一般不妊治療費助成事業医療機関証明書 ☐ 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 ☐ 夫及び妻の資格確認書等の医療保険加入状況を確認できる書類の写し ☐ 限度額適用認定証の写し(所持している方のみ) ☐ 高額療養費、付加(附加)給付金の決定額が確認できる書類(該当者の方のみ) ☐ 夫婦それぞれの納税証明書 (※3 無料交付申請に同意する□) ☐ 夫婦それぞれの住民票 (※4 無料交付申請に同意する□) ☐ その他町長が必要と認めるもの	
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)	

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3 ※4 関係機関との間で個人情報を共有することに同意することで、交付手数料が掛かりません。

様式第2号（第5条関係）

五城目町一般不妊治療費助成金請求書

請求年月日 年 月 日

五城目町長 様

（申請者） 住 所 _____

氏 名 _____

一般不妊治療助成金を次のとおり請求します。

金 額 _____ 円

様式第3号 (第5条関係)

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

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。

[illegible]

- 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」～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。