

不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

野々市市長 宛

〒
住 所 野々市市
申請者名
(口座名義人と同一)
電話番号

野々市市不育症治療費助成事業実施要綱に基づき、不育症治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請に係る治療に対し、他の市町村又は都道府県の助成を受けません。

		夫	妻
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
	野々市市民 になった日	年 月 日	年 月 日
	治療開始日	年 月 日	
加入医療保険	保険者名称		
	保険者番号		
	記号番号		
	被保険者名		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協店	
	預金種別	普通	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (申請者と同一)		
助成金の交付の決定のために必要があるときは、野々市市長が私たち夫婦の住民登録及び申請、治療の状況について調査することに同意します。同意した調査で確認できない場合は、必要書類を追加提出します。			
年 月 日 氏名			

ここから下の欄は記入しないでください。

a	対象治療・検査に要した本人負担額	金	円
b	付加給付額	金	円
c	助成申請額 { (a - b) = c } (12月当たり上限 15万円)	金	円
市への申請回数	回目 ・ 申請歴 (・ ・ ・ 年度)		

不育症治療費医療機関受診等証明書

年 月 日

野々市市長 宛

(医療機関等)

住 所

名 称

代 表 者

電話番号

下記のとおり、不育症治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
貴医療機関における不育症治療開始年月日		年 月 日	
今回の証明に係る診療期間		年 月 日～ 年 月 日	
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担(領収)額	円
本人負担額の内訳	区分	保険診療分	
		診療点数	本人負担金額
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
	年 月分	点	円
不育症の原因疾患	<input type="checkbox"/> 子宮異常 (子宮奇形、子宮筋腫、頸管無力症、子宮腔癒着症 など) <input type="checkbox"/> 内分泌異常 (高プロラクチン血症、甲状腺機能異常、糖尿病 など) <input type="checkbox"/> 免疫異常 (高リン脂質抗体症候群、自己免疫疾患、同種免疫異常、原因不明の習慣性流産 など) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> その他 ()		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し		

備考

- 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 保険診療分のみご記入ください。
- 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象になります(薬局が発行する同証明書の添付が必要です)。