

大津市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

平成〇〇年 〇月 〇日

(宛先)大津市長

申請者 氏名 大津 花子 (印)
 〒520-0047 住所 大津市浜大津4-1-1
 (口座名義人と同一)氏名 大津 花子
 電話 077-528-2748
 日中の連絡先 090-0000-5678

大津市一般不妊治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、大津市一般不妊治療費助成金の交付について次のとおり申請し、及び請求します。

	氏名	生年月日	
夫	大津 太郎	昭和・平成50年 1月 1日	
妻	大津 花子	昭和・平成51年 2月 2日	
住所	(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入) 〒		
過去に大津市一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 ない・ある → 過去(1)回受けた 前回の申請 (28年 1月)			
口座振込先 金融機関	金融機関名		支店名
	大津 銀行 信金・農協		市役所 本店 支店 出張所
	預金種別	口座番号	口座名義人
	普通 当座	1234567	フリガナ オオツ ハナコ 氏名 大津 花子

注意:訂正箇所にはすべて訂正印(申請者欄に押印した印鑑)をお願いします。

私たちは、大津市一般不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、大津市長が住民基本台帳及び市税に関する公簿を閲覧し、照会いたします。

不妊治療に係る不妊治療についての情報提供を行います。内容については、お問い合わせください。

どちらかを○で囲んでください。

口座名義人名は申請者の口座を記入してください

夫 大津 太郎 (大津印)
 妻 大津 花子 (大津印)
 (印鑑は申請者欄に押印したものと同一をお願いします。)

大津市処理欄

加入医療保険	夫 市国保・その他保険 妻 市国保・その他保険	申請受付場所	大津市保健所健康推進課・郵送 和邇・堅田・比叡・中・膳所・南・瀬田
書類確認欄	<input type="checkbox"/> 住記確認 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 婚姻関係を証する書類(夫婦が同一世帯でない場合) <input type="checkbox"/> 不妊治療に係る証明書(様式第2号)	<申請受付日>	
単身赴任者等確認欄	<input type="checkbox"/> 本籍地(大津市・大津市以外) ←		
年度	助成期間	金額	治療中断 あり・なし
年度助成額	か月	円	「あり」の場合の中断期間
年度助成額	か月	円	年 月 日 ~ 年 月 日
年度助成額	か月	円	年 月 日 ~ 年 月 日
経費所要額	金 円	市交付決定金額	金 円

大津市一般不妊治療医療機関受診等証明書

平成〇〇年〇月〇日

医療機関等で証明書を記入してもらってください。

医療機関等
住 所
名 称
代 表 者 名
電 話 番 号

印

夫婦が同じ病院で受診されていても、夫婦それぞれの証明書(様式第2号)が必要になります。

次のとおり、不妊治療を実施し、受領したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		おおつ たろう 大津 太郎		男・女	生年月日	昭和 50年 1月 1日
(平成)年における診療期間			平成〇〇年 〇月 〇日 ~平成〇〇年 〇月 〇日			
本人負担額の内訳	区 分	保 険 診 療 分				人工授精に係る 本人負担金額
		診 療 点 数		本人負担金額		
		外来分	入院分	外来分	入院分	
	年1月分	点	点	円	円	円
	年2月分	点	点	円	円	円
	年3月分	点	点	円	円	円
	年4月分	点	点	円	円	円
	年5月分	点	点	円	円	円
	年6月分	点	点	円	円	円
	年6月分	点	点	円	円	円
	年8月分	点	点	円	円	円
	年9月分	点	点	円	円	円
	年10月分	点	点	円	円	円
年11月分	点	点	円	円	円	
年12月分	点	点	円	円	円	
合計		点	点	① 円	② 円	③ 円
総合計(①+②+③)				円		
検査 ・不妊治療の内容	チェック又は記入をしてください。					
	保険診療			保険外診療		
	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 人工授精		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
今治療での出産の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 未確認(薬局は記載不要)					

診療期間に一般不妊治療に要した費用を助成しますので、月毎にご記入ください。

院外処方が有りの方は、薬局が発行する同証明書(様式第2号)の添付があれば、助成対象になります。

- 1 不妊治療に関する費用についてのみ御記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないで下さい。
- 3 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となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)
- 4 今申請での出産とは、妊娠12週以降の流産・死産・早産を含みます。