

様式第 1 号

金山町一般不妊治療費助成事業申請書

金山町長 殿

年 月 日

申請者氏名 _____

金山町一般不妊治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、町が申請内容の確認を行うことに同意します。

		夫	妻
(ふりがな) 氏名	()	()	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒 電話 ()	〒 電話 ()	
加入医療 保 険	保険者名称	保険者名称	
	保険者番号	保険者番号	
	記号及び番号	記号及び番号	
不妊治療自己負担額	医療機関自己負担分	円 ㉠	
	院外処方自己負担分	円 ㉡	
助成申請額	㉠ + ㉡	円	
過去の助成状況 (金山町以外で受けた 一般不妊治療費助成)	有 ・ 無	自治体名	申請時期
			年 月
			年 月
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協	本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)
	口座番号		

【添付書類】

- ・ 一般不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第 2 号)
- ・ 医療機関及び薬局が発行した不妊治療に要した費用に係る領収書

金山町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

金山町長 殿

(医療機関)所在地

名称

代表者名

㊟

次のとおり、一般不妊治療（検査を含む）を実施し本人自己負担額を領収したことを証明します。

受診者	夫	ふりがな 氏名				妻	ふりがな 氏名			
		生年月日	年	月	日		生年月日	年	月	日
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
院外処方	有 ・ 無									
区分	診療年月	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 (円)	院内処方 本人負担額 (円)	院外処方 本人負担額 (円)				
		診療点数 (点)	本人負担額 (円)							
本人負担額の内訳	年 月分									
	年 月分									
	年 月分									
	年 月分									
	年 月分									
	年 月分									
	年 月分									
	年 月分									
	年 月分									
	年 月分									
小計			①	②	③	④				
自己負担額(医療機関分)		⑤ (①+②+③)		一般不妊治療自己負担額		④+⑤				

※医療機関では、太枠内にご記入ください。(院外処方「有」の場合は本人より薬局の領収書を添付してもらいますので、医療機関の記入は必要ありません。)