

第1号様式（第6条関係）

綾瀬市不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)
綾瀬市長

住所 綾瀬市
申請者 氏名
電話番号

綾瀬市不育治療費助成金交付要綱第6条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務にあたり、住民基本台帳及び夫婦の所得状況、市税の納付状況を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することを同意します。

夫 氏名	ふりがな 年 月 日生 (歳)	
妻 氏名	ふりがな 年 月 日生 (歳)	
居住地	(〒 -) (電話 -) 綾瀬市	
加入医療保険 (夫)	【種別】国民健康保険・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
加入医療保険 (妻)	【種別】国民健康保険・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
医療機関名	所在地 電話番号 ()	
助成金申請額	金 円	(本人負担額の1/2で1年度 の上限額が30万円)
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し、出産に至ったため (年 月 日出生) <input type="checkbox"/> 治療途中で今回の妊娠が終了したため <input type="checkbox"/> その他 ()	
過去の助成状況	過去に不育治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある→過去、()回受けている。 ()年()月頃 助成を受けた市町村名 綾瀬市・その他 ()	

(綾瀬市記載欄)

上記の申請について、次のとおり決定してよいでしょうか。また、決裁後は第3号様式または第4号様式に基づき対象者に通知してよいでしょうか。

決定区分	<input type="checkbox"/> 交付する (決定金額 円)	決 裁 欄	
	<input type="checkbox"/> 交付しない (理由)		
備 考	起案	・	公印
	決裁	・	

不育治療受診等証明書

受診者	ふりがな 氏 名							
	生年月日	年	月	日				
診断及び 治療実施 医療機関	治療期間	年	月	日	～	年	月	日
	診断名							
	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。							
	<input type="checkbox"/> 免疫異常	()	
	<input type="checkbox"/> 内分泌異常	()	
<input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常	()		
<input type="checkbox"/> 子宮異常	()		
<input type="checkbox"/> その他	()		
上記のとおり、不育治療を行ったことを証明します。								
年 月 日								
医療機関 所在地 名 称 医 師 名								
(印)								
治療実施 医療機関	治療期間	年	月	日	～	年	月	日
	診断名							
	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。							
	<input type="checkbox"/> 免疫異常	()	
	<input type="checkbox"/> 内分泌異常	()	
<input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常	()		
<input type="checkbox"/> 子宮異常	()		
<input type="checkbox"/> その他	()		
上記のとおり、不育治療を行ったことを証明します。								
年 月 日								
医療機関 所在地 名 称 医 師 名								
(印)								

注1 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

注2 証明内容については、本人同意のもと問合せをする場合があります。