

土佐清水市不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

土佐清水市長 様

土佐清水市不妊治療費等助成事業実施要綱第4条第1項の規定により関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育症治療	
(注)太枠の中をご記入ください。			
申請者	フリガナ氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日( 歳)
	住所	〒( ) 電話番号 ( )	
配偶者	フリガナ氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日( 歳)
	住所	〒( ) 電話番号 ( )	
医療機関名			
医療機関住所			
居住地からの距離		片道 Km×2= km	受診回数 回
申請金額	治療費分	一般不妊治療費	円
		特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く)	円
		男性不妊治療費	円
		不育症治療費	円
		差引額 (高知県からの助成額)	円
	交通費分		円
	胚凍結保存維持管理料		円
	計		円

<添付書類>

- 1.不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(様式第3号)(高知県助成事業を申請している場合は、不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関受診等証明書の写しを提出)
- 2.治療に要した費用の領収書及び明細書(県助成事業を申請している場合は、写しを提出)
- 3.同意書(様式第2号。ただし、法律上夫婦であることの証明書、住民票など住所が確認できる書類、児童手当法施行令による控除額等が確認できる所得課税証明書、納税証明書について、申請者が同意した場合は添付を省略することができる。)
- 4.高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し(特定不妊治療費助成申請の場合のみ)
- 5.その他市長が必要と認める書類。

市記入欄	受給者番号	申請受理年月日	年 月 日
	受付印	決定年月日	年 月 日
		承認 ・ 不承認	
	通年年度・回数	( )年度目( )回目	