

第1号様式（第6条関係）

須賀川市不妊治療助成事業助成金交付申請書

年 月 日

須賀川市長

夫 \_\_\_\_\_  
妻 \_\_\_\_\_

関係書類を添えて下記のとおり（不妊治療費・不妊症検査費）の助成を申請します。

夫	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	歳
	住 所	〒			電話番号
妻	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	歳
	住 所	〒			電話番号
婚 姻 関 係		<input type="checkbox"/> 法律上の婚姻関係 <input type="checkbox"/> 事実上の婚姻関係			
治 療（ 検 査 ） 期 間		年 月 日～ 年 月 日		申請回数	回目
申 請 内 容		<input type="checkbox"/> 保険適用外となる治療 <input type="checkbox"/> 保険診療の治療と併用して実施した先進医療 <input type="checkbox"/> 回数上限又は年齢上限を超え保険適用外となる治療 <input type="checkbox"/> 不妊症検査			
治療費及び助成額(円)		領収書等の合計金額	福島県の助成額	他の自治体の助成額	須賀川市の助成額
保 険 適 用 外 と なる 治 療	(女性)				
	(男性)				
先 進 医 療					
回 数 又 は 年 齢 の 上 限 を 超 え た 治 療	(女性)				
	(男性)				
不 妊 症 検 査					
申 請 額（円）					
振 込 先	金 融 機 関 名			預 金 種 別	普通・当座・その他
	フリガナ口座名義人		口座番号		

※下欄の同意により、添付書類の省略（代用）ができます。

同 意 欄	須賀川市不妊治療助成事業申請書（本書）の審査にあたり、次について確認、照会することに同意します。（同意できないものは＝で抹消してください。）				
	夫	妻			
	1	私の住民基本台帳又は外国人登録原票			
	2	私の医療機関での治療の内容			
	3	私の市税の納付状況			
4	私の福島県（他都道府県・指定都市・中核市を含む）助成制度の受給状況				

（市記入欄）

申請受理月日	決 定 月 日			
	受 給 者 番 号			