年　　　月　　　日

不妊治療費助成金交付申請書

つがる市長

申請者

住　　所

氏　　名

電話番号

　関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費（一般不妊治療・生殖補助医療）の助成を申請します。また、申請にあたり助成金交付の審査のために必要な次の事項について同意します。

* 医療機関に対する治療内容等の確認・照会
* 税情報及び住民基本台帳情報の調査・閲覧
* その他、助成の交付要件確認のため、必要な情報についての調査

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　 | 申請者 | 配偶者 |
| フリガナ氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　 　 年　　 月 　　日（ 　　歳） | 　　 　 年　　 月 　　日（ 　　歳） |
| 申請金額 | 今回の治療にかかった自己負担総額 |
| 女性不妊治療　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　男性不妊治療　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　合　　　　計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ※以下、市事務処理欄 |
| 受理年月日 | 決定・不交付年月日 | 決定金額 | 受給者番号 |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 円 |  |

裏面へ

１　添付書類

（１）　不妊治療に係る領収書と診療明細書の原本

（２）　つがる市不妊治療費助成事業受診等証明書

（３）　健康保険証の写し

（４）　限度額適用認定証の写し

（５）　その他市長が必要と認める書類

２　期限内に申請できなかった理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |