

国東市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

国東市長 様

【申請者】

住所〒

国東市

ふりがな

氏名

電話番号

下記のとおり、国東市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、国東市不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

診療を受けた者の氏名		生年月日	
夫		年 月 日 (歳) ※年齢は今回治療開始時の年齢	
妻		年 月 日 (歳) ※年齢は今回治療開始時の年齢	
保険適用による治療回数	回目 (※第 子にかかる回数)	初回助成時の妻の治療開始年齢 ※今回の治療の対象となる子に係る初回助成時の妻の治療開始時の年齢を記入	歳
助成状況	<p>◆過去に「特定不妊治療」及び「生殖補助医療における先進医療」にかかる助成金を受けたことがありますか。</p> <p>(人工授精) ない・ある → 過去 () 回受けた 助成を受けた自治体は () 都道府県・ () 市</p> <p>(特定不妊治療) ない・ある → 過去 () 回受けた 助成を受けた自治体は () 都道府県・ () 市</p> <p>(男性不妊治療) ない・ある → 過去 () 回受けた 助成を受けた自治体は () 都道府県・ () 市</p> <p>(先進医療) ない・ある → 過去 () 回受けた 助成を受けた自治体は () 都道府県・ () 市</p> <p>◆以前に特定不妊治療を受けて出産された方のみご記入願います。 直近に出生した子の出生日 (年 月 日)</p>		
高額療養費（限度額認定症） 取得の有無	該当する	・	該当しない
付加（附加）給付金 該当の有無	該当する	・	該当しない
大分県不妊治療費等助成制度 該当の有無	該当する	・	該当しない
大分県不妊治療費等助成金額	円		
交付を受けようとする助成金の額	人工授精	_____	円
	特定不妊治療	_____	円
	男性不妊治療分	_____	円
	合計	_____	円

(添付書類)

- 1、医療実施証明書（様式第2号）ただし、大分県不妊治療費助成金の給付を受けている場合は、大分県不妊治療費等助成金給付決定通知書の写し
- 2、医療機関の交付する処方せんによる薬剤について助成金の交付を受けようとする場合、当該処方せんを証明できる薬剤内訳証明書（様式第3号）又は領収書
- 3、国東市不妊治療費助成金交付申請に係る同意書（様式第4号）
- 4、治療にかかる領収書の写し
- 5、当該治療費に対し、保健者が医療保険各法の規定及び保健者独自の規定に基づき負担する額がある場合は、その内容が証明できるもの（限度額認定証等）
- 6、その他市長が必要と認める書類