

飛驒市一般不妊治療費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

飛驒市長 あて

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飛驒市一般不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。
申請の適正を判断するために必要な場合は、申請（助成）に係る他の地方自治体との情報の照会・提供、及び医療機関や加入している健康保険組合等の保険者に対する治療内容等の同事業の実施状況を照会することについて同意します。

記

診療を受けた者の氏名（ふりがな）		生年月日
夫の氏名	()	年 月 日生 () 歳
妻の氏名	()	年 月 日生 () 歳
住所（夫婦の住所を記入）	〒 飛驒市	電話 ()
住所（夫が異なる住所の場合記入）	〒	電話 ()
居住意思の確認	引き続き飛驒市に居住しますか	・はい ・いいえ (理由：)
飛驒市一般不妊治療費助成申請回数 (1回目 ・ 2回目)		
申請額 金 _____ 円	(自己負担額の1/2以内。ただし、5万円を超える場合は5万円とする。)	

職員記載欄

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
---------	-------	-------------------	-------

(添付書類等必要事項)

(添付書類)

- 1 飛驒市一般不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 2 一般不妊治療を受けた医療機関発行の領収書の写し
- 3 医療保険証の写し
- 4 住民票の写し等。ただし、法律上の婚姻の届出をしていない者については、住民票の写し等及び戸籍謄本の写し等