

## 様式第1号（第6条関係）

## 小浜市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

小浜市長様

〒

申請者 住所

氏名

印

電話番号

小浜市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、申請します。

診療を受けた夫婦の氏名		生年月日	保険証発行者名称
夫		年 月 日生	
妻		年 月 日生	

医療機関記入欄		
病名		
治療方法	人工授精 • 体外受精 • 顕微授精	
治療期間	年 月 日から	年 月 日まで
	※不妊治療開始時とは、治療期間の初日をいう。 ※治療期間は申請年度を含む継続した期間で、1年を超えない。	
治療費	(保険診療適用外の診療費)	円
	※福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業を受けている場合は、 その申請に添付した保険診療分も含める。	

上記のとおり夫婦間での不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

患者氏名

医療機関 住 所

名 称

主治医

印

※添付するもの ①領収書（医療費明細書） ②住民票（続柄記載の世帯全員のもの）

③納税証明書（夫と妻の分）※②③の書類は申請日の1か月以内発行のもの

④福井県不妊検査・一般不妊治療費および福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書(写し)

※夫婦ともに1年以上、継続して小浜市に住所を有する場合は、②、③の書類については下記の同意（署名）のもと省略可能です。

## 【同意欄】

小浜市が、申請事項確認のため夫婦両人の住民基本台帳、市税納税状況等について公簿等を閲覧し調査することに同意し申請します。

申請者

印

## 様式第1号（第6条関係）

## 記入例

小浜市長様

## 不妊治療費助成金交付申請書

年月日  
記入しないでください

〒917-〇〇〇〇

申請者 住所 小浜市(アパート名・部屋番号まで記入)

氏名

電話番号

朱肉の印鑑  
(シヤチハタ×)

印

小浜市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、申請し

診療を受けた夫婦の氏名	生年月日	保険証発行者名称
夫	生	健康保険証発行者 者の名称を記入 ex)〇〇健康組合 〇〇共済組合 〇〇保険協会
妻	生	

## 医療機関記入欄

病名	期間中に実施した治療方法 すべてに〇をつける(重複可)	
治療方法	人工授精・体外受精・顕微授精	
治療期間	年月日から 年月日まで ※不妊治療開始時とは、治療期間の初日をいう。 ※治療期間は申請年度を含む継続した期間で、1年を超えない。	
治療費	(保険診療適用外の診療費) ※福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業を受けている場合は、 その申請に添付した保険診療分も含める。	

上記のとおり夫婦間での不妊治療を実施したことを証明します。

年月日

※治療期間の終了日以降  
の日付であること

患者氏名

申請に添付する領収書の患者名(夫婦  
両名分の場合は両名の氏名を記入)

医療機関 住 所

名 称

主 治 医

印

※添付するもの ①領収書(医療費明細書) ②住民票(縦柄記載の世帯全員のもの)

③納税証明書(夫と妻の分) ※②③の書類は申請日の1か月以内発行のもの

④福井県不妊検査・一般不妊治療費および福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書(写し)

※夫婦ともに1年以上、継続して小浜市に住所を有する場合は、②、③の書類については下記  
の同意(署名)のもと省略可能です。

## 【同意欄】

小浜市が、申請事項確認のため夫婦両人の住民基本台帳  
にて公簿等を閲覧し調査することに同意し申請します。上記申請者と同じ  
氏名および印

申請者

印