

医療機関 ご担当者様

医療機関記入欄の記入をお願いいたします。

ご不明な点はお問い合わせください。

【お問い合わせ】

子育て応援センターすくすく

☎0770-64-6129

やん応援成金交付申請書

〒917-

申請者記入①

者 住所 小浜市

氏名

電話番号

申請者記入②

カムカム赤ちゃん応援事業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

太枠内すべて

病名			
治療方法区分 ※該当する治療区分に○をつけてください	人工授精 / 特定不妊治療(体外受精・顕微授精)【A B C D E F G H】 男性不妊(治療方法:)		
治療期間 (1回ごとに一枚必要)	年 月 日 ~ 年 月 日まで		
通院回数、通院日	全 回通院 通院日 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 ※通院日の記載欄が足りない場合は、通院日が分かるものを添付可とする。		
治療費 ※医療保険適用の治療費 ※先進医療は除く	治療費総額 (医療保険適用前の治療額) ※先進医療は含みません。	A	円
	うち医療保険適用分 (7割)	B	円
	うち自己負担分 (3割)	C	円
配偶者(パートナー)の申請の有無	有 / 無		

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

【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。

申請者記入③

申請者 _____

様式第1号 (第6条関係)

カムカム赤ちゃん応援助成金交付申請書

小浜市長 様

〒917-

申請者 住所 小浜市

氏名

電話番号

カムカム赤ちゃん応援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		
治療方法区分 ※該当する治療区分に○をつけてください	人工授精 / 特定不妊治療(体外受精・顕微授精)【A B C D E F G H】 男性不妊 (治療方法:)	
治療期間	年 月 日～ 年 月 日まで	
通院回数、通院日	全 回通院 通院日 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 ※通院日の記載欄が足りない場合は、通院日が分かるものを添付可とする。	
治療費 ※医療保険適用の治療費 ※先進医療は除く	治療費総額 (医療保険適用の治療費)	円
	うち医療保険適用分	円
	うち自己負担分	円
配偶者(パートナー)の申請の有無	有 / 無	
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	

【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 _____