

足利市不妊・不育症治療費助成申請書

年 月 日

足利市長 宛て

〒 -

住 所 足利市

申請者 氏 名

電 話 - -

関係書類を添えて下記のとおり(**不妊** ・ **不育症** ※該当治療を○で囲んでください。)治療費の助成を申請します。

なお、本助成金の申請にあたり、私たちの住民基本台帳の記録の確認及び市税の納付状況を確認することについて同意します。

治療を受けた夫婦の氏名		生 年 月 日		加入健康保険名	
夫		年 月 日			
妻		年 月 日			
過去に足利市の治療費助成を受けたことがありますか (※該当するものを○で囲んでください)		(不妊・不育症)治療費助成 有 ・ 無		助成年度 年度 年度 年度 年度	
国・県からの助成の有無		有 (円) ・ 無			
医療保険等からの助成の有無		有 (円) ・ 無			
領収書の合計額 (保険診療対象外のもの)		円			
申 請 額		円			
振込先金融機関					
銀行 農協 金庫 組合	本店	店番号	口座番号	種別	口座名義人 (カタカナ)
	支店 支所 出張所				

(添付書類)

- 1 足利市 特定不妊治療・不育症治療 治療費受診等証明書 (別記様式第2号)
又は足利市 特定外不妊治療 治療費受診等証明書 (別記様式第2-2号)
若しくは足利市 不育症治療 治療費受診等証明書 (別記様式第2-3号)
 - 2 栃木県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成決定通知書の写し (助成を受けた方)、
その他の助成を受けた場合はその交付決定通知書等の写し
 - 3 保険診療対象外の不妊症又は不育症の治療に係る領収書
 - 4 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
 - 5 住所を確認することができる書類
- ※夫婦が本市において同一世帯であれば、4・5については添付不要になります。