

東広島市一般不妊治療費助成申請書

年 月 日

東広島市長 様

申請者氏名 _____

一般不妊治療に係る費用の助成を受けたいので、東広島市一般不妊治療費助成実施要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、配偶者の続柄その他住民基本台帳に記録されている事項及び市税の納税の状況について、市の公簿等により確認することに同意します。

		ふりがな		生年月日	
		氏 名		年 月 日 (歳)	
対象者	夫			年 月 日 (歳)	
	妻			年 月 日 (歳)	
	住所	〒		電話 ()	
	住所(※)	〒		電話 ()	
助成対象期間		年 月 日 から		年 月 日まで	
申請額		円		既助成額(見込)	円
				今回助成対象額	円
不妊治療に係る他地方公共団体等の助成(申請予定を含む)の有無		<input type="checkbox"/> なし 東広島市への申請 回目 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 他の市町村 _____)			
振込先	金融機関名	銀行・金庫		店 所	
		組合・農協			
	預金種別	普通当座	(ふりがな) 口座名義人		
	口座番号				(左詰めで記載)

注 太枠の中を記載してください。
 ※ 夫婦の住所が異なる場合に記載してください。

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

添付書類 ((2)~(4)については、省略できる場合があります。)

- 東広島市一般不妊治療費助成申請証明書(別記様式第2号)又は一般不妊治療に要した費用に係る領収書(広島県の助成を受ける場合にあつては、当該助成に係る決定通知書を含む)
- 配偶者との続柄(婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるときは、その事実)を証する書類
- 住民票その他夫又は妻が一般不妊治療の開始日以後引き続き本市の区域内に住所を有することを証する書類
- 夫及び妻が市税を滞納していないことを証する書類
- (1)から(4)までに掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

東広島市一般不妊治療費助成申請証明書

令和 年 月 日

医療機関（薬局） 住 所
電 話 番 号
名 称 及 び
代表者の氏名

㊦

次の者に対し、一般不妊治療又はその調剤を実施し、その医療費（調剤費を含む。）の本人負担額を徴収したことを証明します。

ふりがな				
受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）	
この証明に係る治療の開始日（複数ある場合は、列記すること。）		年 月 日 ・ 年 月 日	年 月 日 ・ 年 月 日	
この証明に係る不妊治療の実施内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服） (回) (注射) (回) <input type="checkbox"/> その他の手術 (手術方法) <input type="checkbox"/> 治療の開始前又は開始後に実施した治療のために必要な検査 <input type="checkbox"/> その他 () ・ 院外処方の有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 調剤 ()			
本人負担額等の内訳	区 分	医療機関徴収分		
		保険診療分	保険診療以外の本人負担額	
		医療費（調剤費を含む。）総額	本人負担額	
	年	1月分		
		2月分		
		3月分		
		4月分		
		5月分		
		6月分		
		7月分		
		8月分		
		9月分		
		10月分		
		11月分		
12月分				
計		① 円	② 円	
【この証明に係る治療に要した金額の合計】				
徴収金額		円 (①及び②の合計額)		

- 注 1 当該受診者に対して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみ記載してください。
- 2 文書料、食事療養標準負担額、被保険者の選定に係る特別の病室の使用に係る費用その他一般不妊治療に直接関係しない費用の額は、含めないでください。