

不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

竹田市長 様

申請者

住 所 竹田市

氏 名

電話番号

年度において不妊治療費補助金の交付を受けたいので、竹田市不妊治療費補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額		円									
加入 医療保険	夫	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養							
		保険者名		保険者番号							
	妻	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養							
		保険者名		保険者番号							
婚姻年月日等		年 月 日									

不妊治療費補助事業医療実施証明書

年 月 日

竹田市長 様

医療機関
住 所
名 称
主治医

印

不妊治療について、下記のとおり証明します。

記

1 受診者等本人

夫の氏名		生年月日	年	月	日
妻の氏名		生年月日	年	月	日
不妊治療開始年月日			年	月	日
不妊治療の内容					
特記事項					

2 領収金額

受診等月	医療保険診療一部負担金額		医療保険適用外医療費 本人支払額
	入 院	入 院 外	
4月	円	円	円
5月	円	円	円
6月	円	円	円
7月	円	円	円
8月	円	円	円
9月	円	円	円
10月	円	円	円
11月	円	円	円
12月	円	円	円
1月	円	円	円
2月	円	円	円
3月	円	円	円
計	円	円	円
合計			円

不妊治療費補助事業薬剤内訳証明書

年 月 日

所在地

名称

代表者

印

医療機関の処方せんにより、下記のとおり調剤したことを証明します。

記

（注）医療保険診療一部負担及び医療保険適用外負担のいずれも調剤のみ証明してください。

患者氏名 (生年月日)		(年 月 日)	(年 月 日)		
処方せん交付医療機関名					
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小 計 金 額					円
上記の内消費税額					円
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小 計 金 額					円
上記の内消費税額					円
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小 計 金 額					円
上記の内消費税額					円
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
小 計 金 額					円
上記の内消費税額					円
合 計 金 額					円
上記の内消費税額					円

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあります。
なお、治療の結果、出生した子について認知を行います。

- ① 竹田市不妊治療費補助金交付申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

- ② 竹田市不妊治療費補助金交付申請者の配偶者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯となっている理由

(①と②が別世帯になっている場合に記入)

竹田市長 様

不妊治療費補助金交付 (不交付) 決定通知書

第 号

年 月 日

様

竹田市長 印

年 月 日付けで申請のありました不妊治療費補助金については、下記のとおり交付 (不交付) を決定したので通知します。

記

決定内容	交付 ・ 不交付 交付額 円
不交付の理由	

様式第 6 号 (第 6 条関係)

不妊治療費補助金交付請求書

年 月 日

竹田市長 様

住 所 竹田市

氏 名 印

年 月 日付け竹田市指令第 号で交付決定のあった竹田市不妊治療費補助金について、下記のとおり請求します。

記

交付請求額 円

振 込 先 金融機関	(金融機関)	(支店名)	(店番号)	(口座番号)
	銀行	本店	店番号・ 口座番号	
	信金	支店	(フリガナ) 口座名義人	
	農協	支所		