

宇佐市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

宇佐市長

宛て

申請者

住所

氏名

印

電話番号

下記のとおり、宇佐市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、宇佐市不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては、宇佐市が大分県特定不妊治療費等助成金給付及び大分県不妊検査費（妊活応援健診費）助成金給付の有無を確認すること、宇佐市が大分県に助成内容を通知し、又は大分県から照会があった場合に回答すること及び不妊治療の実施に関して治療を行った医療機関、調剤薬局等に照会することについて同意します。

記

申 請 者 記 入 欄		
	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
本件申請に係る医療保険適用外の不妊治療費について県又は市町村からの助成金受領の有無		有・無
交付を受けようとする助成金の額		円

（添付書類）

1 医療実施証明書（様式第2号）

（大分県特定不妊治療費等助成金対象者にあつては、県に提出した書類であつて医療実施証明書に相当するものの写しでも可）

2 薬剤内訳証明書（様式第3号）

（院外処方による医療保険適用外の投薬があり、これに要した費用について助成を受けようとする場合に添付してください。）

3 申請する不妊治療に係る領収書

4 大分県特定不妊治療費等助成金給付決定通知書

（大分県特定不妊治療費等助成金給付事業の該当者に限る。）

大分県妊活応援健診費助成金給付決定通知書

（大分県不妊検査費（妊活応援健診費）助成事業の該当者に限る。）

5 その他市長が必要と認める書類

市 記 入 欄	
今年度の既交付額	円
今回の交付決定額	円