

大館市不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

大館市長 様

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

なお、助成の適正を判断するために必要な場合は、大館市以外の自治体に対する本申請(助成)に係る情報の照会・提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。

記

	ふりがな 氏 名	生 年 月 日
申 請 者		年 月 日(歳)
配 偶 者		年 月 日(歳)
住 所	秋田県大館市 電話 ()	
住 所 (夫婦の住所が異なる場合)	電話 ()	
申 請 金 額	円	
治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
申 請 内 容	特定不妊治療費(秋田県特定不妊治療費助成事業実施要領に基づく診療) 特定不妊治療費(先進医療) 特定不妊治療費(先進医療とならない保険外診療) 一般不妊治療費 不育症治療費 通院交通費	
治 療 医 療 機 関	医療機関名 所在地	距 離(片道) <input type="checkbox"/> 50km以上 通院回数 回 <input type="checkbox"/> 100km以上 通院回数 回
不妊治療等に係る 助 成 状 況	秋田県特定不妊治療費助成事業助成 (円) 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業助成 (円)	

交付決定年月日	年 月 日	交付決定金額 (内訳)	円	
No.			(治療費)	円
助成回数	回 / 回		(通院交通費)	円

- 添付書類
1. 受診等証明書(秋田県特定不妊治療費助成事業及び秋田県先進医療等不妊治療費助成事業申請者は写し)
 2. 協力医療機関受診等証明書(秋田県特定不妊治療費助成事業申請者及び秋田県先進医療等不妊治療費助成事業は写し)
 3. 医療機関又は院外処方箋に係る薬局が発行した領収書及び領収明細書の写し
 4. 秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し(秋田県特定不妊治療費助成事業及び秋田県先進医療等不妊治療費助成事業申請者)
 5. 住所登録を証明できる書類
 6. 夫婦であることを証明できる書類