

不育症治療費助成申請書

年 月 日

（宛先）栃木市長

申請者 住所

氏名 ㊟

電話番号 ()

年度において、治療費助成を受けたいので次のとおり申請します。

（申請者記入欄）

治療を受けた 夫婦の氏名	夫			妻		
生年月日		年	月	日	年	月
婚姻年月日		年 月 日				
振込依頼先 (申請者名義の口座に限る。)	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所	
	預金種別	普通	口座番号			
	(フリガナ) 名義					

（医療機関証明欄）

受診者氏名	夫			妻		
生年月日		年	月	日	年	月
○不育症の治療の理由						
○検査及び治療内容						
○今回の治療期間 ※治療期間は治療を開始した日からその妊娠に係る出産（流産及び死産を含む。）までの期間とします。 年 月 日 ～ 年 月 日						
○上記の期間に要した保険診療適用外の検査費及び診療費の額（文書料又は入院時の室料若しくは食事代を除く。） 領収金額 円						
上記のとおり不育症の治療を行い、これに係る検査費及び診療費を徴収したことを証明します。 医療機関の名称及び所在地 主治医氏名 ㊟ 電話番号						

治療費助成の決定に当たり必要となる、本人及び配偶者の住民基本台帳の記録、市民税の賦課及び納付状況並びに決定に当たり必要となる書類を市が調査し、及び閲覧することについて同意します。

年 月 日

氏名 ㊟

氏名 ㊟