

様式第1号

沼田町健康保険適用不妊治療自己負担額助成事業申請書

年 月 日

沼田町長 様

住所 沼田町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

不妊治療費の助成を申請いたします。

	夫	妻	
ふりがな 氏名			
生年 月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	
住所	沼田町	電話番号	
申請額	円		
振込先	金融機関名 店名	種類	口座番号
	口座名義人 (カナ)		

(注) 申請者と口座名義人は同一人物としてください。

同意書

私たちは、沼田町健康保険適用不妊治療自己負担額助成金の交付要件の確認のため、沼田町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、調査することに同意します。

氏名 (夫) \_\_\_\_\_ (妻) \_\_\_\_\_

(注) 夫婦両方の署名が必要です。

沼田町健康保険適用不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり、不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

〔医療機関の名称〕

〔医療機関の所在地〕

〔主治医氏名〕

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

ふりがな 氏名	夫	妻
生年 月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳
貴医療機関における治療開始日		年 月 日
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
○当該患者が、今回行った不妊治療について記入してください。		

区分	医療機関徴収分		薬局徴収分	
	医療費総額	本人負担額①	医療費総額	本人負担額②
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
小計	円	円	円	円
			文書料③	円

**本人負担金額** \_\_\_\_\_ 円 （上記①～③の合計額となります。）

(注) 当該患者に関して行った不妊治療にかかわるもののみご記入ください。診断のための検査、食事料等、直接的な治療費ではないものは含めないでください。