

様式第1号（第6条関係）

一般不妊治療費助成申請書兼医療機関証明書

年 月 日

奥出雲町長

様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号 () -

奥出雲町一般不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり治療費の助成を申請します。

なお、助成の適正を判断するため、町が必要に応じ、一般不妊治療に係る領収書及び医療機関証明等に不明な点がある場合、医療機関に照会することに同意します。

記

1 申請金額

申請金額	金 _____ 円	<内 訳> 年間助成限度額 _____ 円 既助成額 _____ 円 本人支払額 _____ 円 (別添領収書のとおり)
既助成額	年 月 日 交付 _____ 円 年 月 日 交付 _____ 円	計 _____ 円

2 申請者の状況

	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住所(※)	〒 _____	〒 _____
電話番号	() -	() -

※夫婦の住所は申請者と同一の場合は申請者欄の記載のみで、単身赴任等で夫婦住所が異なる場合はそれぞれ記載してください。

(医療機関記載欄)

年 月 日

奥出雲町長

様

医療機関名等 住 所

名 称

医師名

印

下記のとおり証明します。

主たる検査	チェック又は記入してください。 (夫) <input type="checkbox"/> 精液検査 (妻) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
治療内容	チェック又は記入してください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 (実施 回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (実施 回) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (実施 回) <input type="checkbox"/> その他 ()
初回受診日	年 月 日
特記事項 (※)	

※他の医療機関への紹介、治療中断、規定以外の事由が発生した場合は、特記事項に記載してください。