

様式第1号（第6条関係）

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

電話番号 () -

奥出雲町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、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 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 採精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 受精卵、胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚移植 <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。