

様式第1号（第4条関係）

（表）

南相木村不妊治療助成事業医療費助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

南相木村長 様

申請者	住所 南相木村
	氏名 印
	電話 ( ) -

南相木村不妊治療助成事業医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

	住 所	氏 名	生年月日	被保険者証	
				種類	記号番号
夫	南相木村		年 月 日		
妻	南相木村		年 月 日		
助成金の振込先	金融機関名	銀行・農協	支店・支所	口座種類 普通・当座	
	口座名義人	口座番号			
医療機関（薬局）証明欄	患者氏名		病 名		
	治療開始日		治療期間		
	年 月 日		年 月 日～ 年 月 日		
	不妊治療の内容 (該当する治療に をしてください。)		医療費（薬剤費）のうち自己負担額		
	1. 検査・診察 3. ホルモン剤等 2. 画像診断・処置 4. その他		円		
	申請者の診療は上記のとおりであることを証明します。 医療機関（薬局）の住所 氏名または名称 印				

医療費の自己負担額は、不妊治療に要した費用のみで、年度額（4月分から翌年3月分まで）を記入してください。

裏面もご記入ください。

交付決定審査欄

上記について適当・不適當と認め処理してよろしいでしょうか。	決裁欄				
	村長	副村長	主管課長	主管係長	係
	助成金交付決定額 円				

(裏)

申請者をご記入ください。

不妊治療医療費のうち自己負担額の内訳

	下記*欄の内容を参照にして該当番号に印を記入してください。	自己負担額	備考
年 月	1・2・3・4		
合計			

\* 不妊治療の内容内訳

1 検査・診察	クラジミア抗原・抗体検査、頸管粘液検査、性交後検査、抗精子抗体等
2 画像診断・処置	超音波検査、卵管通気検査、子宮卵管造影検査、子宮鏡検査等
3 ホルモン剤等	ホルモン剤等
4 その他	上記に該当しない治療

上記の自己負担額の領収書を必ずお持ちください。