

不妊治療等（一般不妊治療・不育治療等）助成金交付申請書

年 月 日

大 山 崎 町 長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

㊞

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療等				
交付申請額	円				
受療者本人	住 所				
	氏 名			住民となった日	年 月 日
	加 入 種 別 医療保険	国保・健保 船員・共済 その他	保 険 番 号	区 分	本 人・被扶養者
配偶者	氏 名				
過去の助成金 受給の有無	1 有	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 及び助成額	自治体	時 期	助成額（円）
	2 無			年 月	
				年 月	

○ 添付書類

1 医療機関証明書（様式第2号）

※保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。

2 法律上の夫婦であることを証明できる書類（人工授精に係る助成を申請する場合）又は以下の欄に記入

同意欄

本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳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

㊞

○ 医療機関の証明書等報告内容を京都府へ報告を行う事に関する説明書

この助成金は、限られた公費予算から支出を行っています。
また、京都府からの補助金の交付を受け実施しており、公費の支出を検証するために必要な事項を京都府に対し報告します。なお、情報の取扱いには、十分留意し、プライバシーは厳守します。