

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

大田原市不育治療費助成金交付申請書

大田原市長 様

住所 大田原市  
 申請者 氏名 (印)  
 電話 ( )

大田原市不育治療費助成事業実施要綱第6条に基づき、下記のとおり申請します。  
 なお、申請に伴い、①住民基本台帳に関する情報②夫婦及びその世帯員の市税等の納付状況③医療機関が発行する領収書の病院への確認について同意します。

夫 氏 名	ふりがな	生年月日 年 月 日 ( 歳)
加 入 保 険 (夫)	【種別】国民健康保険・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者	
妻 氏 名	ふりがな	生年月日 年 月 日 ( 歳)
加 入 保 険 (妻)	【種別】国民健康保険・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者	
医 療 機 関 名	所 在 地 ( ) 電 話 番 号 ( )	
治 療 合 計 金 額	円	保険診療分・入院時の差額ベット代・食事代・文書手数料等は除く
助 成 金 申 請 額	円	治療合計金額の1/2で30万円まで
添 付 書 類	(1) 不育治療受診等証明書（様式第2号） (2) 助成対象の治療に係る医療機関の発行する領収書及び診療報酬明細書の原本 (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類	