宇土市不育症治療費助成事業申請書

宇土市長 様

申請者氏名

不育症治療費に係る助成を受けたいので、宇土市不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

併せて、市が備える私の世帯に係る住民基本台帳及び不育症治療に係る受診内容その他助成金の審査決定に関し必要な情報を調査することに同意します。

※太枠の中を記入ください。

夫	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所		電話番号	
	加入保険	【種別】国保・協会・組合・共済・その他 【保険者名称】		
妻	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所		電話番号	
	加入保険	【種別】国保・協会・組合・共済・その他 【保険者名称】		
助成申請額	(申請額は治療費の総額に2分の1を乗じて得た額と限度額を比較して低い額を記入ください。) 円			
過去に他市町村等から受けた助成の有無	☐ 不育症治療費の助成を受けたことはない。 ☐ 不育症治療費の助成を受けたことがある。 1 受けた回数： 回 2 市町村等名： 3 助成金額： 円 助成時期： 年 月			
医療機関	①不育症を診断した医療機関 (医療機関名)		②不育症治療実施医療機関 ☐ ①の医療機関で治療実施 ☐ ①以外の医療機関で治療実施 (医療機関名)	

備考 本市の助成対象者となった日以後の不育症治療（検査を含む。）が助成の対象となります。