

記入例

様式第1号（第6条関係）

中野市不妊・不育症治療助成金交付申請書兼実績報告書

↓日付記入不要

年 月 日

中野市長 あて

申請者 住所 **中野市三好町一丁目3番19号**
氏名 **中野 花子**
電話 **0269(22)2111**

下記のとおり不妊・不育症治療を受けたので、中野市不妊・不育症治療助成金交付要綱の規定に基づき、助成金の請求を申請します。

記

事業の名称	中野市不妊・不育症治療助成事業
事業の目的	不妊・不育症治療の経済的負担軽減
事業の目標数値及び達成状況	不妊・不育症治療の経済的負担軽減
事業に要する費用	不妊・不育症治療助成事業医療費等証明書のとおり
事業年月日	不妊・不育症治療助成事業医師証明書のとおり
助成金申請額	別紙のとおり
申請額の算出基礎	別紙のとおり

添付書類

- 1 不妊・不育症治療助成事業医師証明書（様式第2号）
- 2 不妊・不育症治療助成事業医療費等証明書（様式第3号）
- 3 その他市長が必要と認める書類

↓上記と同じ名前を記入

審査のため、市で保有する私たち夫婦の情報を確認することについて同意します。

氏名 **中野 花子**

印

(別紙)

↓記入不要

交付申請額				円
不妊治療に係る 医療費等の 本人負担額				円
長野県不妊に 悩む方への 特定治療支援 事業助成金				円
加入 医療保険	夫	氏名	中野 春男	(どちらかに○) 本人・被扶養
		保険名 (発行機関)	長野県市町村組合	保険者 番号 7 8 7 8 7 8 7 8
	妻	氏名	中野 花子	(どちらかに○) 本人・被扶養
		保険名 (発行機関)	長野県市町村組合	保険者 番号 7 8 7 8 7 8 7 8
婚姻年月日等		2020 年		1 月 1 日

※同じ年度で複数の病院にかかっている場合は、この証明書が病院ごとに必要です

医療機関に記入してもらってください(文書料は助成対象外です)

様式第2号(第6条関係)

不妊・不育症治療助成事業医師証明書

年 月 日

中野市長

あて

医療機関

所在地

名称

主治医

ⓐ

不妊・不育症治療助成事業について、下記のとおり証明します。

記

夫の氏名		生年月日	年 月 日	
妻の氏名		生年月日	年 月 日	
	不妊治療		不育症治療	
治療期間	～	年 月 日 年 月 日	～	年 月 日 年 月 日
治療の内容				
特記事項				

※ この証明書は、医療機関又は薬局ごとに必要です

医療機関・薬局で記入してもらってください(文書料は助成対象外です)

様式第3号(第6条関係)

不妊・不育症治療助成事業医療費等証明書

年 月 日

中野市長

あて

医療機関等

所在地

名称

主治医又は薬剤師

㊞

不妊・不育症治療に係る医療費等の本人負担額を下記のとおり領収したことを証明します。

記

1 受診者

住 所	
氏 名	

2 領収金額等

	不妊治療	不育症治療
領収期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
保険診療一部 負担金額	円	円
保険適用外医療費 本人負担額	円	円
領収金額合計	円	円

様式第4号（第7条関係）

中野市不妊・不育症治療助成金交付請求書

↓日付記入不要

令和 年 月 日

中野市長 湯本隆英 あて

↓様式第1号と同じ名前を記入

請求者 住所 中野市三好町一丁目3番19号
氏名 中野 花子 ㊞
電話 0269(22)2111

↓記入不要

↓記入不要

令和 年 月 日付け中野市達 第 号で助成金額の確定のありました中野市不妊・不育症治療助成金を下記のとおり請求します。

記

↓記入不要

1 請求額 円

2 振込先

金融機関名	中野銀行	店舗名	中野支店
口座種別	普通	口座番号	78787878
ふりがな	なかの はなこ		
口座名義	中野 花子		