

様式第1号（第5条関係）

不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

日光市長 様

申請者 住 所  
氏 名 (印)  
電 話 ( )

年度において、日光市不妊治療費補助金を交付されるよう、日光市不妊治療費補助金交付要綱第5条の規定により申請します。

夫婦の氏名及び生年月日		住 所 ※夫婦の住所が異なる場合のみ記入	加 入 保 険
夫	年 月 日生	日光市	
妻	年 月 日生	日光市	
婚 姻 年 月 日		年 月 日	

同意書	日光市不妊治療費補助金の補助要件審査のため、住民登録状況並びに市税、介護保険料、市営住宅使用料、水道料金、下水道使用料及びし尿汲取手数料の納付状況を確認することに同意します。  夫 (印) 妻 (印)
-----	---

※同意書は、夫婦それぞれの署名、押印をしてください。

医 療 機 関 証 明			
受診者名	夫	生年月日	年 月 日
	妻	生年月日	年 月 日
治療名	人工授精・体外受精・顕微授精・その他の治療法( ) (該当するものに○を付けてください。)		
治療期間	年 月 ～ 年 月		
治療費	円 (保険診療費以外の合計額)		
上記のとおり、不妊治療を行ったことを証明します。  年 月 日  医療機関 所在地 名 称 主 治 医 (印)  日光市長 様			

注) この申請書には、夫及び妻に係る次の書類を添付してください。

- ① 保険適用外医療費の領収書の原本
- ② 補助金等交付決定通知書の写し（国又は県の制度による給付を受けている場合）
- ③ 健康保険証の写し
- ④ 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
- ⑤ その他市長が必要と認める書類

様式第1号 (第5条関係)

申請時にご記入いただきますので未記入をお願いします。

不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

日光市長 様

申請者 住所 日光市今市本町1番地  
氏名 日光花子 ⑩  
電話 (080) △△△△-△△△△

年度において、日光市不妊治療費補助金を交付されるよう、日光市不妊治療費補助金交付要綱第5条の規定により申請します。

夫婦の氏名及び生年月日		住 所 ※夫婦の住所が異なる場合のみ記入	加 入 保 険
夫	日光太郎 昭和●●年●●月●●日生	日光市	日光市国民健康保険
妻	日光花子 昭和●●年●●月●●日生	日光市	全国健康保険組合 ●●支部
婚 姻 年 月 日		平成△△年△△月△△日	

同意書	日光市不妊治療費補助金の補助要件審査のため、住民登録状況並びに市税、介護保険料、市営住宅使用料、水道料金、下水道使用料及びし尿汲取手数料の納付状況を確認することに同意します。  夫 日光太郎 ⑩ 妻 日光花子 ⑩
-----	---

※同意書は、夫婦それぞれの署名、押印をしてください。

医 療 機 関 証 明			
受診者名	夫	生年月日	年 月 日
	妻	生年月日	年 月 日
治療名	人工授精・体外受精・顕微授精・その他の治療法( ) (該当するものに○を付けてください。)		
治療期間	年 月 ~ 年 月		
治療費	円 (保険診療費以外の合計額)		
上記のとおり、不妊治療を行ったことを証明します。  年 月 日  医療機関 所在地 名 称 主 治 医 ⑩  日光市長 様			

注) この申請書には、夫及び妻に係る次の書類を添付してください。

- ① 保険適用外医療費の領収書の原本
- ② 補助金等交付決定通知書の写し (国又は県の制度による給付を受けている場合)
- ③ 健康保険証の写し
- ④ 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
- ⑤ その他市長が必要と認める書類

夫婦同一世帯の場合は提出不要です

領収書の原本還付を希望の場合は、領収書原本とコピーをご持参下さい。確認のうえ原本を還付いたします。

夫婦それぞれの印鑑で押印下さい

医療機関で記入していただいで下さい。

《提出前にご確認下さい》

- ① 申請者記入欄及び同意書欄に記入漏れはありませんか。
- ② 申請印及び同意書の夫婦の印は押印されていますか。
- ③ 医療機関の証明欄の記入漏れはありませんか。
- ④ 主治医の押印がありますか。
- ⑤ 申請する保険適用外医療費の領収書はすべてありますか。  
(※領収書の合計が医療機関証明の治療費額と合っていますか。)
- ⑥ 国又は県の制度による給付の対象になる場合は、補助金の決定通知書の写しがありますか。
- ⑦ 健康保険証の写しはありますか。
- ⑧ 夫婦が別世帯の場合には、法律上婚姻関係にあることを証明できる書類（戸籍全部事項証明等）などをご用意してありますか。