

別記第1号様式（第6条関係）

新発田市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 新発田市長

押印は不要です

申請者  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり、新発田市不育症治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

過去の申請の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
前回の申請	年 月		
国又は他の地方公共団体の助成	<input type="checkbox"/> 有（有りの場合、具体的に _____） <input type="checkbox"/> 無		
振込指定機関	銀行・信金 労金・信組 農協・漁協	口座番号	普通 当座
	本店 支店	ふりがな 口座名義人	
委任(口座名義人が本人以外の場合記入)	不育治療にかかる費用の払戻しを受けるにあたり、上記の口座名義人に受領を委任します。 申請者氏名 _____		
資格認定のため、申請者及びその配偶者の住民基本台帳等を閲覧し、及び市税の納入状況を確認することを承諾します。 申請者氏名(自署) _____ 配偶者氏名(自署) _____			
他法負担額	円	付加給付	円
一部負担金	円	決定額	円
申請受理日	年 月 日	決定日	年 月 日

●「有 無」の該当する方に を付けてください。  
●「前回の申請」については、修正が必要な場合は、担当課で修正させていただきます。予めご了承ください。

●振込先、口座名義人の「ふりがな」等はお間違いの無いよう記入してください。  
●委任も該当する場合は必ず記入してください。  
●市税納税状況確認の承諾も必ず各々が記入してください。  
●いずれも押印は不要です。

注1 太枠欄は記入しないでください。

注2 次の書類を添付してください。

備考欄

- ・保険医療機関等証明書(別記第2号様式)
- ・不育症治療を受けた医療機関等が発行する領収書及び治療内容明細書
- ・国又は他の地方公共団体の助成を受けた場合、その決定通知書の写し
- ・事実婚の場合は、申請に係る両人の戸籍の全部事項証明書又は戸籍謄本
- ・事実婚の場合は、住民票及び事実婚関係に関する申立書(別記第3号様式)

～裏面もあります～

【院外の調剤薬局において投薬を受けた場合】

第2号様式（第6条関係）

保険医療機関等証明書

医療機関証明欄	
不育症治療を受けた者の氏名	
不育治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
不育症治療の内容及び要した費用 ※不育症治療を行うに当たり行った検査を含む。	<p>○治療内容を記載してください。</p> <p>[ ]</p> <p>院外処方 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無</p> <p>○治療に要した費用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療保険各法の適用を受ける治療 自己負担額 _____ 円</li> <li>その他の治療に要した費用 _____ 円</li> </ul> <p>※出産費用、入院時の差額ベッド代、食事代及び文書料 その他直接不育症の治療に関係ないものは、含めない てください。</p>
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日 医療機関 所在地 名 称 主治医氏名</p> <p>(宛先) 新発田市長</p>	
調剤薬局証明欄	
投薬を要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
○投薬に要した費用（薬剤費、調剤費を含む）	_____ 円
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日 調剤薬局 所在地 名 称 氏 名</p> <p>(宛先) 新発田市長</p>	

病院外の調剤薬局で投薬を受けた場合、太枠内の「調剤薬局証明欄」に投薬期間、投薬に要した費用を記入してもらってください。

- 注1) 助成対象の治療費は、不育症治療に要した保険診療の検査、治療費並びに保険診療外の検査及び治療費です。
- 注2) 検査費用については、不育症を判断するための検査も助成対象になります。
- 注3) 「院外処方」の欄は、医療機関で院外処方を出した場合「有」の□に「✓」印を記入してください。「無」の場合は、治療期間内であっても調剤薬局での調剤費は助成対象となりません。