

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

かすみがうら市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号 印

かすみがうら市不育症治療費補助金交付申請書

かすみがうら市不育症治療費補助金について、交付を受けたいのでかすみがうら市不育症治療費補助金交付要項第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

治療者氏名	フリガナ 生年月日 年 月 日 (歳)
住 所	(〒 -)
医療機関名	所在地 電話番号 ()
補 助 金 申 請 額	金 円
不育症治療等に要した費用 (※保険適用診療分は除く。)	金 円
これまでの補助の有無	有 (過去 回) ・ 無
下記の添付書類中、3及び4については、申請者の同意に基づき、本市においてその内容を確認できるときは書類の提出を省略することができます。同意しますか。	同意する ・ 同意しない

<添付書類>

- 1 かすみがうら市不育症治療医療機関受診証明書（様式第2号）
- 2 医療機関の発行する領収書の原本
- 3 婚姻関係及び住所が確認できる書類
- 4 世帯員全員に市税等の未納がないことを確認できる書類
- 5 その他市長が必要と認める書類

様式第2号（第5条関係）

かすみがうら市長

かすみがうら市不育症治療医療機関受診証明書

下記の者について、不育症治療（保険適用外診療）を実施し、当該治療費の徴収を行ったことを証明します。

受診者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
診断名		
治療内容		
領収金額	円(保険適用外の自己負担額)	
治療実施 医療機関	年 月 日	
	医療機関名 所在地 医師氏名	印