

様式第1号（第7関係）

年 月 日

北上市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話
生年月日
配偶者 氏 名
生年月日

北上市（一般・特定）不妊治療費助成申請書兼請求書

不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。
北上市不妊治療費助成のため、本申請に係る内容について市が医療機関等に問い合わせることに同意します。

申 請 額	円	
今回の申請にかかる治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
助 成 対 象 期 間 (一般不妊治療の場合のみ記入)	・助成対象期間 年 月から12か月 ・助成済額	
過 去 の 助 成 の 有 無	・ない ・ある→ () 回 自治体名 ()	
加 入 医 療 保 険 ※高額療養費等の支払いを受けた対象者のもの	【保険者名】	
	【記号番号】	
配 偶 者 の 住 所 (申請者と住所が異なる場合に記入)		
治 療 し た 医 療 機 関	病院名	
	住所	
助成金の 振込先	口座名義人（カナ）	
	振 込 先	金融機関名 支店 口座 普通 口座番号

※市記入欄

自己負担額合計	
高額療養費等給付額	
助成額	

備考

- ・治療を行った医療機関以外で薬剤を処方された方は領収書を添付してください。
- ・加入医療保険は記入もしくは保険証のコピーの添付にて受付が可能です。
- ・この申請書は、交付決定をした後に交付請求書として取扱い、上記の振込先に助成金を交付します。
- ・一般不妊治療、特定不妊治療は1回ごとに分けて申請を行ってください。
- ・保険者へ高額療養費等の給付の有無を確認のうえ、申請してください。