

北上市長 様

申請者

住 所

氏 名

電 話

北上市（一般・特定）不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

交 付 申 請 額	円	不妊治療上限10万円 男性不妊治療を合わせて行った場合は上限20万円	
治 療 費 総 額	円		
高額療養費等の給付の有無※	・なし ・あり 給付額（ 円）		
今回の申請にかかる治療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
一般不妊治療費助成（一般不妊治療の場合のみ記入）	・助成期間 年 月から12か月 ・助成済額 円	2回目以降の場合、市担当課で確認のうえ記入してください	
過去の助成の有無	・ない ・ある→（ ）回 自治体名（ ）		
受診者	(ふりがな)	生年月日	S・H 年 月 日生 (歳)
	氏 名		
配偶者	(ふりがな)	生年月日	S・H 年 月 日生 (歳)
	氏 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)	【種別】 市国保・組国保・健保・共済・その他（ ） 【区分】 本人・被扶養者		
配偶者の住所 (申請者と住所が異なる場合に記入)	〒 ー		
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 (申請者と同じ)	(フリガナ)	
	振込先	金融機関名	支店名 口座 普通 口座番号
北上市不妊治療費助成金交付のため、市が医療機関等に問い合わせることに同意します。			
申請者 _____		配偶者 _____ ㊞	

備考

- ・医療機関発行の領収書及び明細書を添付してください。
- ・この申請書は、助成金の交付決定をした後に助成金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。