

様式第1号（第4条関係）

不妊治療費助成事業助成金申請書

（あて先）甲州市長

令和 年 月 日

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

申請者	夫	ふりがな		印
	妻	ふりがな		印
	住所	電話		
	住所 （※1）	電話		
過去の不妊治療費受給の状況（※2）				
・受給回数 回 ・受給時期 年 月 ・県内の場合：山梨県・甲州市・その他の市町村（ ） ・県外の場合：都道府県（ ）・市町村（ ）				
治療を受けた人の 保険の種類		勤務先	電話	
申請額 円				
振込先	金融機関	銀行		支店
		信用金庫		支店
		信用組合		支店
		農協		支所
	普通	ふりがな		
	当座	口座名義人		
	口座番号			
申請受理月日		承認・不承認		
令和 年 月 日		決定年月日 令和 年 月 日		
受給者番号				

注）太枠の中を記入してください。

※1：夫婦の住所が異なる場合に記入
住所が異なる場合とは、単身赴任等で
夫と妻が異なる場所に住所を有する場合

※2：該当がある場合に記入する。

（添付書類）

- 1 不妊治療費助成事業受診等証明書
（様式第2号）
- 2 夫及び妻の納税証明書・所得証明書
- 3 住民票謄本（本籍・筆頭者名が記載されているもの。）
- 4 医療費領収書
- 5 高額療養費や県の助成制度等の給付を受けた場合は、その決定通知書

同意書

(あて先) 甲州市長

私(私たち)は、不妊治療費助成事業助成金申請に当たり、市の担当職員がその支給の判定に必要な自己に係る下記事項について公簿等により調査することに同意します。

記

- 1 納税状況
- 2 住民登録状況
- 3 婚姻事項

令和 年 月 日

(夫) 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

(妻) 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

様式第2号（第4条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医の氏名

印

■医療機関の記入欄（主治医が記入すること）

受診者氏名 生年月日	夫	ふりがな 年 月 日（ 歳）	妻	ふりがな 年 月 日（ 歳）
治療方法				
治療内容				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
不妊治療を必要とした理由				
領収年月日 領収金額	年 月 日 ～ 年 月 日 円			
院外処方の有無	有 ・ 無			

※治療を中断した場合は、経過を「不妊治療を必要とした理由」欄に記入してください。

■院外処方 有 の場合の保険薬局の記入欄

上記院外処方に要した費用の 領収年月日及び領収金額	年 月 日 ～ 年 月 日 円
保険薬局の住所及び名称	住 所 名 称 表者名 電話番号 印

※ 不妊治療に要する薬剤等の分のみ記入してください。