

大府市不育症治療費補助金交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

大府市不育症治療費補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	区分	氏名（ふりがな）	生年月日	住所
	夫		年 月 日	
	妻		年 月 日	
加入医療保険 （夫）	【種別】市町村国保・国保組合・健保・共済・その他（ ） 【被保険者記号番号】（ ）【区分】本人・被扶養者			
加入医療保険 （妻）	【種別】市町村国保・国保組合・健保・共済・その他（ ） 【被保険者記号番号】（ ）【区分】本人・被扶養者			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
医療機関名				
確 認 事 項	・都道府県不育症検査費助成事業の申請をしていますか？ はい ・ いいえ ・不妊治療は受けていますか？ はい（一般不妊治療・体外受精・顕微授精）・いいえ ・今回の治療期間中（※）の申請回数は何回目ですか？ 初回 ・ 2回目以降（ 回目） ※ 治療期間…不育症の検査又は治療を開始した日から、出産（流産、死産含む。）により不育症治療を終了する日までの期間			

<職員確認覧>

住基（夫： 年 月 日～ 妻： 年 月 日～）

治療期間中の転入 無 ・ 有（ 年 月 日 市より転入）

※単身赴任等で夫婦のどちらかの住民票が市外にある場合は、戸籍の全部事項証明書が必要

ご夫婦分の健康保険証のコピー

私たちは、大府市不育症治療費補助金交付申請に係る住民基本台帳及、所得及び税に関する台帳の閲覧に関して同意します。

年 月 日

住 所  
氏 名 夫  
妻