

沼津市不妊・不育症治療費助成金支給申請書

年 月 日

（宛先）沼津市長職務代理者

申 請 者  
住 所  
氏 名 印  
電話番号

不妊・不育症治療費助成金を支給されるよう、関係書類を添えて申請します。

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名押印>	生年月日	
	夫	( )	年 月 日生 ( 歳)	
	妻	( )	年 月 日生 ( 歳)	
	治療の種類：一般不妊治療・一般不妊治療（人工授精） 特定不妊治療・不育症治療 特定不妊治療における TESE、MESA 等の男性不妊治療		治療の対象となる子：第1子・第2子	
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( )	【区分】本人・被扶養者	
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( )	【区分】本人・被扶養者	
治療費に要した 本人負担額	保険適用分	円	保険適用外 円	
全 治 療 費	① 円			
付 加 給 付 額 及 び 静 岡 県 特 定 不 妊 治 療 費 補 助 金 額	②	円	保険者からの付加給付がある場合、静岡県特定 不妊治療費補助金額がある場合に記入	
申 請 額	① - ②		円	
2分の1の額 円				

(承諾事項)			
不妊・不育症治療費助成金の支給申請に当たり、必要に応じ沼津市長が行う次の行為について、承諾します。			
(1) 住民票等の個人情報の閲覧			
(2) 特定不妊治療対象者について、静岡県に対し行う静岡県特定不妊治療費補助金の交付に関する情報の照会			
(3) 医療機関に対し行う不妊・不育症治療受診等証明書及び領収書の確認			
申請者氏名	印	配偶者氏名	印

※以下は記入不要です。

実施医療機関		支給決定年月日	
受給者証番号		支給決定額	

- (添付書類) 1. 沼津市不妊・不育症治療受診等証明書（第2号様式）  
2. 戸籍の全部事項証明書  
3. 夫及び妻の前年の所得を証明する書類  
4. 不妊治療又は不育症治療に係る医療機関発行の領収書