第１号様式（第５条関係）

記　入　例

記入しないで下さい。

沼津市不妊・不育症治療費助成金支給申請書

申請者、請求書の請求者、口座名義人は同一にして下さい。

年　月　日

（宛先）沼津市長

申　請　者　410－0881
住　　所　沼津市八幡町 97
氏　　名　沼津　花子
電話番号　090－1234－5678

個人番号の提供に同意いただける方はご記入ください。その他の方は記入不要です。

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	夫	ふりがな	ぬまづ　たろう	個人番号
		氏　名	沼津　太郎	
		住　所	沼津市八幡町 97	
		生年月日	昭和●●年　●月　●日生　（●●歳）	
	妻	ふりがな	ぬまづ　はなこ	個人番号
		氏　名	沼津　花子	
		住　所	沼津市八幡町 97	
		生年月日	昭和●●年　●月　●日生　（●●歳）	

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	
高額療養費及び付加給付額及び静岡県補助金額	②　円	保険者から高額療養費及び付加給付の給付がある場合、静岡県補助金の交付がある場合に記入
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。
⑴　住民票等の個人情報の閲覧
⑵　静岡県に対し行う県補助金の交付に関する情報の照会
⑶　医療保険者に対し行う高額療養費及び付加給付の給付状況等に関する情報の照会
⑷　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　沼津　花子
※署名又は記名押印

配偶者氏名　沼津　太郎
※署名又は記名押印

※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．不妊治療又は不育症治療に係る医療機関発行の領収書
４．県補助金の交付を受けた者にあっては、当該補助金交付決定通知書の写し
５．保険者から高額療養費及び付加給付の給付を受けた者にあっては、当該給付情報を確認できるもの
６．夫及び妻の医療保険の資格情報を確認できるもの
※公簿等によって確認することができる場合、当該書類を提出したものとみなす。