

様式第2号（第5条関係）

大仙市不育症治療費助成金申請書兼実績報告書

年 月 日

大仙市長 様

申 請 者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

大仙市不育症治療費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

住 所		氏 名	生年月日
夫			年 月 日
妻			年 月 日
交付申請額	円		
医療機関名			
添付書類	1 不育症治療費助成事業医療機関受診証明書 2 医療機関及び院外処方薬局の発行した領収書等の写し 3 住民票の写し又は 戸籍謄本（申請日から3か月以内に発行されたもの） 4 「限度額適用認定証」又は高額療養費、付加（附加）給付金の決定通知等、給付額が確認できるもの *該当する方のみ		

同意	市が、医療機関等に対し、助成要件の審査のために必要な範囲で、受診証明書の内容について確認することに同意します。 申請者 _____ 配偶者 _____
----	--

- 1 大仙市に住所がある方は、情報の閲覧に関する同意が必要です。
- 2 医療機関等において治療費をした方は、受診証明書の内容確認に関する同意が必要です。