様式第１号-1(第7条関係)

那珂市不妊治療費助成金交付申請書(保険適用外生殖補助医療)

年　　月　　日

那珂市長　様

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請者	住所	那珂市	
	電話番号		
		夫	妻
	フリガナ		
	氏名	㊞	㊞
	生年月日	年　月　日(　歳)	年　月　日(　歳)
	治療開始時年齢	歳	歳
申請状況		①那珂市で保険適用外生殖補助医療の助成金を受けるのは初めてですか □はい、初めてです。 □いいえ、過去に受けたことがあります。⇒今回の申請は通算(　)回目 ┗➡助成を受けた後、出産はしましたか。 □はい(出産日:　　)　□いいえ	
助成対象の治療費		※1回の治療につき、保険適用外生殖補助医療の費用の合計金額 (「受診等証明書に記載されている今回の治療に係る領収金額」) 合計　　円	
助成申請額		※上記金額と100,000円、いずれか低い方の金額を記入してください。 金　　円	

振込口座申出欄	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店・ 出張所名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(カタカナ) 口座名義			

【添付書類】 □不妊治療受診等証明書 □医療機関の発行する領収書及び診療明細書	受理年月日	年　月　日
	決定年月日	年　月　日 (承認 ・ 不承認)

交付決定決裁欄	課 長	課長補佐(総括)	グループ長	担当	窓口受理者