

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

申 請 者
住 所
氏 名
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	夫	ふりがな	
		氏 名	
		住 所	
		生年月日	年 月 日生 (歳)
	妻	ふりがな	
		氏 名	
		住 所	
		生年月日	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。

- 住民票等の個人情報の閲覧
- 静岡県に対し行う県補助金の交付に関する情報の照会
- 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
- 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 _____ 配偶者氏名 _____
※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)
- 沼津市不妊・不育症治療受診等証明書（第2号様式）
 - 戸籍の全部事項証明書
 - 不妊治療又は不育症治療に係る医療機関発行の領収書
 - 県補助金の交付を受けた者にあつては、当該補助金交付決定通知書の写し
 - 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つては、当該給付に係る決定通知書の写し
 - 夫及び妻の健康保険証の写し