

様式第1号

雄武町妊活応援事業助成申請書

年 月 日

雄武町長 様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり助成を申請します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所			
	加入保険	【種別】国保・社保 () 【区分】本人・被扶養者		
配偶者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所			
	加入保険	【種別】国保・社保 () 【区分】本人・被扶養者		
助成申請額	【検査及び治療費助成申請額】 円			
	【交通費助成申請額】 円			
	<u>合 計</u> 円			
金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店 普通・当座			
ふりがな				
口座名義人				
口座番号				
【添付書類】				
<input type="checkbox"/> 雄武町妊活応援事業に関する同意書				
<input type="checkbox"/> 雄武町不妊検査・不妊治療証明書				
<input type="checkbox"/> 夫婦の健康保険証の写し				
<input type="checkbox"/> 検査・治療にかかる領収書（文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。）				
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	

様式第2号

雄武町妊活応援事業に関する同意書

年 月 日

雄武町長 様

夫氏名 印

妻氏名 印

私たちは、雄武町妊活応援事業に係る下記の事項について、雄武町担当職員が各関係機関に照会することに同意します。

記

- 1 高額療養費及び付加給付の支給（保険者からの払戻）の有無等保険者確認
- 2 住民基本台帳及び戸籍の閲覧
- 3 病院又は医院への治療方針等状況確認
- 4 その他町長が必要と認める事項

様式第3号

雄武町不妊検査・不妊治療証明書

年 月 日

雄武町長 様

対象者

	氏名	生年月日	年齢
夫		年 月 日	
妻		年 月 日	

※太枠内は対象者が記入してください。

【不妊検査】

- 不妊症スクリーニング検査 精液検査
その他検査 ()

【治療内容】

- タイミング法 ホルモン剤治療 人工授精 (A I H)
その他治療 ()

【不妊治療開始年月日】

年 月 日

【不妊治療期間 (概ねの目安)】

- 3か月以内 6か月程度 1年程度 2～3年程度 未定

※は該当項目をチェックしてください。

上記夫婦の妊娠希望について認め、不妊検査及び不妊治療を実施することを証明します。

所在地

医療機関名

主治医名

印