

## 鹿角市特定不妊治療費助成金申請書

年 月 日

鹿角市長 様

申請者 住 所 鹿角市  
氏 名  
(口座名義人と同一)  
電話番号

関係書類を添えて特定不妊治療費助成金を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日	住 所
夫		年 月 日( 歳)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( )
妻		年 月 日( 歳)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( )
補助金交付申請額	申請額 (男性不妊治療分除く) _____ 円 申請額 (男性不妊治療分) _____ 円 申請額合計 _____ 円		
過去の助成状況	過去に秋田県又は他の自治体 (都道府県・指定都市・中核市) から治療にかかる助成を受けたことがありますか。 ・ない ・ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 _____ 月 )		
助成の適正を判断するために必要な場合は、住民情報について、市担当部署に対し必要事項を照会して回答を受けること及び必要書類を申請し交付を受けること、また、鹿角市以外の自治体に対する本申請 (助成) に係る情報の照会、提供及び医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。			
年 月 日 氏名 (自署) _____ 夫 氏名 (自署) _____ 妻			

(添付書類)

- 1 秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 3 夫及び妻の住民票 (鹿角市以外に住所がある場合)
- 4 夫及び妻の健康保険証の写し
- 5 特定不妊治療に係る医療機関の領収書の写し
- 6 院外処方薬に係る薬局の領収書の写し
- 7 高額療養費その他の保険者からの給付を証するものの写し (高額療養費制度等を利用した場合)