

様式第1号（第6条関係）

中野市不妊・不育症治療助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

中野市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話 ( )

下記のとおり不妊・不育症治療を受けたので、中野市不妊・不育症治療助成金交付要綱の規定に基づき、助成金の請求を申請します。

記

事業の名称	中野市不妊・不育症治療助成事業
事業の目的	不妊・不育症治療の経済的負担軽減
事業の目標数値及び達成状況	不妊・不育症治療の経済的負担軽減
事業に要する費用	不妊・不育症治療助成事業医療費等証明書のとおり
事業年月日	不妊・不育症治療助成事業医師証明書のとおり
助成金申請額	別紙のとおり
申請額の算出基礎	別紙のとおり

添付書類

- 1 不妊・不育症治療助成事業医師証明書（様式第2号）
- 2 不妊・不育症治療助成事業医療費等証明書（様式第3号）
- 3 その他市長が必要と認める書類

審査のため、市で保有する私たち夫婦の情報を確認することについて同意します。

氏名

印

(別紙)

交付申請額					円					
不妊治療に係る 医療費等の 本人負担額					円					
長野県不妊に 悩む方への 特定治療支援 事業助成金					円					
加入 医療保険	夫	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養						
		保険名 (発行機関)		保険者 番号						
	妻	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養						
		保険名 (発行機関)		保険者 番号						
婚姻年月日等	年 月 日									