

「不妊治療費助成事業受診等証明書」の記入申込書

年 月 日 受付

お申し込み後、10日ほどかかります。文書料は¥3,300です。

※申請条件、内容等は各自治体により異なります。まずは、最寄りの保健所または市町村役場等へ
ご確認の上、証明書作成の申請をお願いします。

※書類代、妊娠期間等申請不可の分は省いて記入致します。

太枠の中をご記入下さい

カルテNO.	夫		妻	
ふりがな				
氏名	夫		妻	
生年月日	夫	S・H 年 月 日(歳)	妻	S・H 年 月 日(歳)
住所	〒			
	TEL ()			
治療内容	該当依頼に○	一般不妊等、市町村独自の助成金	先進医療のみ	
			初期検査・その他	
		医学的適応妊孕性温存治療助成金(自費治療)		
	記入希望期間	年 月 日 から		
	年 月 日 まで			

通

※受付記入欄

お渡し方法	次回窓口・郵送 (上記住所宛 ・ その他 ・ 振込用紙同封)	
文書料	未 ・ 済	受付担当者