

様式第1号（第7条関係）

大野市不妊治療費助成申請書

年 月 日

大野市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

大野市不妊治療費の助成を受けたいので、申請します。

この申請内容を審査するために必要な範囲において、市が私及び配偶者の住民登録情報及び大野市税に係る情報を閲覧することに同意します。

治療を受けた夫婦氏名	生 年 月 日	医療保険種別
夫	. . . 生	
妻	. . . 生	
県外での特定不妊治療費助成	無・有（ 年 月～ 年 月 ） 都道府県名	

医療機関記入欄	
診療開始日	年 月 日
治療方法	一般不妊・特定不妊（体外受精・顕微授精・男性不妊）
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
治療費	
上記のとおり夫婦間での不妊治療を実施したことを証明します。 年 月 日	
患者氏名	医療機関 住所 名称 主治医

添付書類 ①領収書（写し）

②福井県特定不妊治療費助成事業及び福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業に係る助成決定通知書（写し）

様式第3号（第8条関係）

大野市不妊治療費助成請求書

年 月 日

大野市長 様

請求者 住所
氏名

下記の金額を請求します。

記

金 円

振込先

フリガナ 口座名義人氏名		
金融機関名		
支店名		
口座番号	普通 当座	

添付書類 振込先通帳の写し