様式第１号

札幌市不育症治療費助成事業申請書

あて先）札幌市長

申請年月日　　年　　月　　日

申請者氏名　　㊞

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費等の助成を申請します。

・本申請書の記載事項に相違ありません。

・不育症治療費助成事業による助成金の交付状況について札幌市が他の自治体へ照会すること、札幌市不育症治療費助成事業による助成金の交付状況について照会のあったときにこれに回答すること、不育症治療の実施に関して指定医療機関及び調剤薬局等に照会すること、市民税課税状況等について調査することについて同意します。

※太枠の中を記入してください。

		夫	妻
助成対象者	（ふりがな） 氏　名	（　　）	（　　）
	生年月日	年　月　日生（　　）歳	年　月　日生（　　）歳
	住　所	〒	
	電話番号	自宅電話 携帯電話	自宅電話 携帯電話
申請金額 （検査及び治療）		円	
過去に受けた本市における不育症治療費の助成		□　不育症治療費の助成を受けたことはない □　本市において不育症治療費の助成を受けたことがある	

【添付書類】

1　札幌市不育症治療費助成事業受診等証明書
2　医療機関が発行する領収書
3　札幌市不育症治療費助成事業薬剤内訳証明書
（院外処方による投薬があり、これに要した費用について助成を受ける場合）
4　法律上の婚姻関係にあることを証明する書類
5　札幌市民であることを証明する書類
6　夫及び妻の所得額を証明する書類
7　札幌市特定不妊治療費助成事業助成金請求書

受給者番号