

第1号様式（第5条関係）

白河市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

白河市長

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費・不妊症検査費・通院交通費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
申請者	()	年 月 日	(歳)
	〒 TEL		
配偶者	()	年 月 日	(歳)
	〒 TEL		
申請内容	<input type="checkbox"/> 保険診療となる治療と保険外診療となる治療の併用 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 保険の回数又は年齢上限超過 <input type="checkbox"/> 不妊症検査 <input type="checkbox"/> 治療に係る通院交通費		
領収書の合計金額（保険適用外医療費）※1		円	
通院した医療機関名			
医療機関所在地			
治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
県 の 助 成 額 ※ 2		円	
助成申請額	生殖補助医療に係る助成申請金額	円	
	男性不妊治療に係る助成申請金額	円	
	不妊症検査に係る助成申請金額	円	
	治療に係る通院交通費(回)	円	
	助成申請金額合計	円	
振 込 先	金 融 機 関 名	本店 銀行・信用金庫・農協 支店・出張所	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号
	(ふりがな) 口座名義人		

※1 ※2 については、不妊治療費・不妊症検査費を申請する方のみご記入ください。

同意欄

白河市不妊治療費助成金交付申請書（本書）の審査に当たり、必要に応じ、次について確認・照会することに同意します。	
(申請者) _____ (配偶者) _____	
※署名又は記名押印	
1. 私たちの戸籍の内容	2. 私たちの住民情報
3. 私たちの所得状況	
4. 私たちの医療機関での治療の内容	5. 私たちの福島県（他都道府県・指定都市・中核市を含む）助成制度の受給状況

※ 申請に当たっては、対象者・提出書類等について、裏面のチェックシートでご確認ください。

申請受理月日	(交付・不交付) 決定月日
	受給者番号

白河市不妊治療費助成事業チェックシート

1. 対象者のチェック

項 目	チェック欄	備 考
不妊治療は病院の医師によるものですか。	はい・いいえ	
不妊治療受診時は法律上の婚姻関係又は事実婚関係にありますか。	はい・いいえ	
不妊治療を受けた期間及び申請日現在、白河市に住民登録をしていますか。	はい・いいえ	※住基確認：□

※ 助成対象となるのは本市に居住していた期間のみとなります。

2. 提出書類のチェック

○共通項目

書類等の名称	チェック欄	備 考
①白河市不妊治療費助成金交付申請書（第1号様式）	有 ・ 無	
②治療に要する費用を確認できる医療機関が発行した領収書及び明細書等の写し	有 ・ 無	
③申請日現在の夫婦それぞれの納税証明書 又は非課税証明書（白河市課税のもの）	有 ・ 無	
④事実婚関係にある者の場合		
ア 事実婚関係にある者それぞれの戸籍謄本	有 ・ 無	
イ 事実婚関係に関する申立書（第2号の2様式）	有 ・ 無	

○生殖補助医療のうち、医療保険が適用されない不妊治療又は不妊症検査を受けた場合

書類等の名称	チェック欄	備 考
①福島県不妊治療支援事業に係る決定通知書の写し	有 ・ 無	
②白河市不妊治療費助成事業受診等証明書（第2号様式（その1）・第2号様式（その2））又は福島県不妊治療支援事業助成金受診等証明書（第2-1・2-2号様式）の写し	有 ・ 無	

○生殖補助医療に係る通院交通費助成を受ける場合

書類等の名称	チェック欄	備 考
①医療保険が適用となる生殖補助医療を受けた場合 白河市不妊治療交通費支援事業受診等証明書 （第2号様式（その3））	有 ・ 無	
②医療保険が適用されない生殖補助医療を受けた場合 白河市不妊治療費助成事業受診等証明書（第2号様式（その1）・第2号様式（その2））又は福島県不妊治療支援事業助成金受診等証明書（第2-1・2-2号様式）の写し	有 ・ 無	