

助成金証明書依頼申込書

自治体により制度が異なります。ご不明点がございましたら自治体へお問い合わせください。

また、証明書の発行に3週間程度のお時間がかかります

* 申し込み時の必要書類 ・ 料金 *

- ① 下記申込書（事前に必要事項をご記入ください）
② 病院記入用の用紙（各自治体で貰えるもの）
証明書代・・・4,400円（うち消費税額等400円）
郵送をご希望の際は郵送料として別途110円徴収致します。

** 助成金証明書 依頼申込書 **

申請先 都道府県名または市区町村名 ()		
	氏名 (※)	生年月日
夫: 診察券番号	ふりがな ()	西暦 年 月 日 (歳)
妻: 診察券番号	ふりがな ()	西暦 年 月 日 (歳)

※氏名は、戸籍上の正式な漢字でご記入をお願いします（渡辺→渡邊、斉藤→齋藤など）

該当の項目にチェックしてください。

②～④に該当する方は◆今回の治療方法のご記入をお願いいたします。

- ① ☐ 一般不妊治療（タイミング・人工授精）・不妊検査等助成事業
② ☐ 特定不妊治療（採卵・移植）※施行日は領収書・明細書の診療日をご記入ください
③ ☐ 不育症検査（その他・先進医療）
④ ☐ 卵子凍結

◆今回の治療方法

特定不妊治療	採卵術	(年 月 日)
	採卵術	(年 月 日)
	移植術	(年 月 日)
	移植術	(年 月 日)
不育症検査	検査日	(年 月 日)
卵子凍結	採卵術	(年 月 日)

受け取り方法

来院
・
郵送上記に○を付けてください。
※郵送から来院へ変更される際は、
郵送料のご返金ができかねますのでご了承ください。

《医療機関記入欄》

預かり日	(年 月 日)	【備考】			
受領		記入		確認	