

助成金証明書依頼申込書

所得の制限や申請期限等、自治体により制度が異なりますので
必ず各自で保健所または市町村へお問い合わせのうえ、お申し込み下さい
また、証明書の発行に3週間程度のお時間がかかります
年度末は申し込みが集中しますので、できるだけお早めにお申し込み下さい

(当院では特定不妊治療受診証明書の治療終了日は妊娠判定日としております)

申し込み時の必要書類

- 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）
領収書をお持ち頂く必要はございません

なお、病院記入用の用紙はホームページからダウンロードできる自治体も多いので各自でご確認ください

証明書代・・・2,750円（うち消費税額等250円）

提出前には、当院からお渡しする「領収書内訳」の用紙と領収書を確認していただき、必要書類に間違いがないことをご確認ください

----- キリトリ -----

助成金証明書依頼申込書

申請先 都道府県名・市区町村名 (/)

診察券番号	氏名 (※)	生年月日
夫	ふりがな ()	西暦 年 月 日 (歳)
妻	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）

受取方法 (来院 ・ 郵送) ※郵送の場合当院名称入り封筒で郵送 (可 ・ 不可)

※郵送を希望される方は送付先の住所をご記入下さい
下記記載内容を貼付し郵送致します

≪医療機関記入欄≫

住所	〒 _____
氏名	_____ 様

預かり日	
記入範囲	

受領		備考：
記入		
確認		