

不妊治療費助成事業受診等証明書

医療機関記入欄

	夫	妻
(フリガナ) 氏名	()	()
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 3. 男性不妊治療等 4. その他() 該当する番号に○をつけてください。	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
治療額 (食事療養費は除く)	不妊治療のうち体外受精又は顕微授精に係る保険適応外の自己負担金	円
<p>年 月 日</p> <p>上記のとおり不妊治療をされたことを証明します。</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

(注)

- 1 助成対象となる不妊治療費は、治療費、検査料です。(入院費、食事代、文書料等治療に直接関係のない費用を除きます。)
- 2 当該不妊治療費に係る領収書を添付して下さい。

申請者記入欄

県の助成金額の給付がある場合	円
築上町不妊治療費の助成申請額 (自己負担分－県の助成金額)	(※1,000円未満切捨て) 円

※医療機関発行の領収書添付 (裏面添付又は別添)

(裏 面)

(添付書類)

領収書の添付箇所

- 1 不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）及び治療に要した領収書
- 2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 - (1) 夫婦同一世帯 住民票謄本(続柄の記載のあるもの)
 - (2) 夫婦別世帯 夫及び妻の住民抄本と戸籍謄本
 - (3) 事実婚である場合は、住民票及び戸籍謄本（両者確認ができるもの）、
事実婚関係がわかる申立書（様式第7号）
- 3 夫及び妻の所得額を証明する市町村の発行する所得証明書等
※令和3年1月以降に終了した治療については、所得証明書の提出は必要ありません。
- 4 福岡県の承認決定書の写し