横手市特定不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

横手市長　様

（申請者）

住所

氏名（※自署）

横手市特定不妊治療費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
また、併せて実績を報告します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、夫婦双方の市税の納付状況についての確認を行うことに同意します。

記

対象者		
ふりがな		年　月　日生（　歳）
夫の氏名		
ふりがな		年　月　日生（　歳）
妻の氏名		
住　所	〒　－　　電話（　）　－ 横手市	
住　所 （※１）	〒　－　　電話（　）　－	
申請額および実績額	円 （うち交通費往復　　円×0.8×受診日数　　日＝　　円）	
治療期間	年　月　日　～　年　月　日	
治療医療機関	医療機関名	
	所在地	
	医療機関名	
	所在地	
治療内容	体外受精　・　顕微授精	
特定不妊治療に係る本年度の申請回数	回目	

添付書類
□　申請者の住民票：当該年度初回の申請時のみ提出（※２）
□　秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
□　秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
□　医療機関の発行した領収書の写し
□　院外処方薬に係る薬局の領収書の写し
□　限度額適用認定証の写し
□　高額療養費や付加（附加）給付金の決定額が確認できる書類（支給決定通知書等）の写し

備考
※１　夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
※２　申請者が本市に１年以上住所を有しない場合は、夫婦のうち本市に１年以上住所を有する者の住民票を添付してください。

受診状況確認書

対象者の自宅の最寄り駅	対象者の自宅の最寄り路線バス停

※自宅から医療機関までの最短経路で利用する公共交通機関をご記入ください。
※乗合タクシー、循環バス、自家用有償旅客運送、有償旅客運送は除きます。

受診回数（年度累計）	受診日	種別（○をつける）	受診回数（年度累計）	受診日	種別（○をつける）
回目/10回	.　.	女性　・　男性	回目/10回	.　.	女性　・　男性
回目/10回	.　.	女性　・　男性	回目/10回	.　.	女性　・　男性
回目/10回	.　.	女性　・　男性	回目/10回	.　.	女性　・　男性
回目/10回	.　.	女性　・　男性	回目/10回	.　.	女性　・　男性
回目/10回	.　.	女性　・　男性	回目/10回	.　.	女性　・　男性
回目/10回	.　.	女性　・　男性	回目/10回	.　.	女性　・　男性
回目/10回	.　.	女性　・　男性	回目/10回	.　.	女性　・　男性
回目/10回	.　.	女性　・　男性			

※　助成回数は年度累計で不妊治療は10回、男性不妊治療は5回が上限です。

【確認事項】

□　横手市特定不妊治療費補助金交付要綱に基づき、自家用車を利用した場合であっても補助額は、公共交通機関を利用した場合の交通費額で助成することになります。

□　県外の不妊治療実施施設を受診した場合であっても、住所地から最も近い不妊治療実施施設までの交通費で算出し、助成することになります。

□　最寄りの公共交通機関について、市も確認させていただきます。その結果、記載いただいたものと異なることになる場合もあります。

上記の内容について、相違ないことを確認しました。
令和　　年　　月　　日
申請者署名（自署）

担当記入欄（市職員使用）

年度累計助成済回数	片道運賃（確認額）	単価（往復分×0.8）
回	円	円
今回の助成対象受診回数	助成額（確定）	
回	円	