特定不妊治療費　助成金書類　記入依頼用紙

ご提出日：西暦　　年　　月　　日

診察券番号：	氏名：

1　申請されるステージ（〇で囲んでください）

A　B　C　E　F　その他(　　)

※D の申請をご希望の方は確認が必要となりますので申請先へお問い合わせください。
※ステージが不明な場合、空欄でかまいません。

2　申請先（該当する箇所にチェックおよび記入してください。）

□（　　）都・道・府・県
□（　　）市・区・町・村
□企業名（　　）

申請期限　：　西暦　　年　　月　　日　締切

※住民票の登録地が申請先となります。
自治体によって都道府県と市区町村の両方に申請が可能な場合がございます。
あらかじめご自身でご確認をお願いいたします。

追記希望事項（　　確認担当者名（　　））

※申請期限が近い場合、期限までに書類の作成が間に合わない可能性がございます。
あらかじめ各自治体へご確認をお願いいたします。当院より各自治体への連絡はいたしておりません。

3　確認事項　＜当院へ提出される前に不備がないかご確認ください＞
確認済みの項目にチェックをご記入ください。

□　助成上限回数を超えていない
※過去に助成金を受け取った回数・初回申請時の年齢により申請回数が異なります。
ご自身でご確認ください。
□　各自治体発行の医療機関記入用紙（受診等証明書など）
□　申請を希望される周期の不妊治療費料金領収書のコピー
※領収書の再発行は致しておりません。
※申請ステージにより、提出領収書が異なります。裏面をご確認ください。
□　申請対象外の領収書が含まれていた場合、貴院の判断で省いて作成することに同意する。
□　申請額が上限に達していない場合でも、申請に同意する。
□　書類作成費として 3300～5500 円費用がかかるが、いかなる場合でも返金がないことに同意する。
□　ご自身が助成対象であることの確認がとれている。※ご不明な点は各自治体にご確認ください。

◆ご記入ありがとうございました
・揃えていただいた書類は、総合受付にお預けください。
・作成に 1 カ月ほどかかる場合がございますので、お早めに申請をお願いいたします。
・書類のお受け取りのみの場合は、提出後 1 カ月以降に予約項目『書類のみ』でご予約いただき、診療時間内にご来院ください。

病院記入欄

妊娠確認	合計　　通	担当	追記事項

SUGIYAMA CLINIC