

野田市告示第2号

野田市不育症治療費の助成に関する規則（令和4年野田市規則第1号）の施行
に関し必要な様式のひな型を別紙のとおり定め、公示の日から施行する。

令和 4年 1月 4日

野田市長 鈴木 有

野田市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 野田市長

不育症治療費等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名	Ⓜ	電話番号			
	住所					
配偶者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名	Ⓜ	電話番号			
	住所					
医療機関	所在地					
	名称		電話番号			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
申請金額	円					
申請理由	1. 治療が終了し、出産に至ったため 2. 治療途中で今回の治療が終了したため 3. その他 ()					
千葉県不育症検査費用助成事業	有 ・ 無		助成額	円		

同意書

不育症治療費等助成金の申請に当たり、住民基本台帳及び市税等の納付状況について、野田保有する公簿等より職員が確認することに同意します。また、野田市不育症治療費の助成に関する証明書の内容を医療機関及び調剤薬局に確認することに同意します。適正な助成金の交付のために必要な場合には、千葉県に情報の照会を行うことに同意します。

申請者氏名 _____

配偶者氏名 _____

【振込先口座】

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協				支店名	支店 出張所	預金種別 (該当するものに○を付ける)				
							普通	当座			
金融機関コード				支店番号			口座番号				
フリガナ	-----										
口座名義人											

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記にも記入してください。

私は、受任者（口座名義人）に対して不育症費用助成金の受取を依頼します。

委任者（申請者）氏名 _____

Ⓜ _____

野田市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

〇年 〇月 〇日

(宛先) 野田市長

不育症治療費等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	〇〇〇〇〇〇	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	野田市鶴奉7-4		
配偶者	フリガナ	△△△ △△△	生年月日	△△年 △△月 △△日
	氏名	△△△ △△△	電話番号	△△△-△△△△-△△△△
	住所	野田市鶴奉7-4		
医療機関	所在地	□□□市□□□□ □□-□□		
	名称	□□□□□クリニック	電話番号	□□-□□□□-□□□□
治療期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日			
申請金額	円			
申請理由	1. 治療が終了し、出産に至ったため 2. 治療途中で今回の治療が終了したため 3. その他 ()			
千葉県不育症検査費用助成事業	有 ・ 無	助成額	50,000円	

同意書

不育症治療費等助成金の申請に当たり、住民基本台帳及び市税等の納付状況について、野田保有する公簿等より職員が確認することに同意します。また、野田市不育症治療費の助成に関する証明書の内容を医療機関及び調剤薬局に確認することに同意します。適正な助成金の交付のために必要な場合には、千葉県に情報の照会を行うことに同意します。

申請者氏名 〇〇 〇〇

配偶者氏名 △△ △△

【振込先口座】

金融機関名	〇 〇		銀行・金庫 組合・農協	支店名	〇 〇		支店 出張所	預金種別 (該当するものに○を付ける)						
								普通	当座					
金融機関コード	〇	〇	〇	〇	支店番号	〇	〇	〇	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	〇〇〇 〇〇〇													
口座名義人	〇〇 〇〇													

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記にも記入してください。

私は、受任者（口座名義人）に対して不育症費用助成金の受取を依頼します。

委任者（申請者）氏名

⑨

野田市不育症治療費の助成に関する証明書

年 月 日

(宛先) 野田市長

医療機関の名称

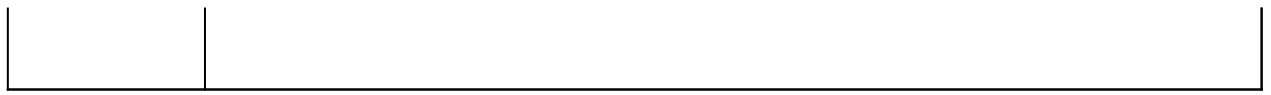
所在地

主治医氏名 (自署の場合は印鑑不要)

⑩

不育症の診断後、その治療等を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

受診者氏名	夫		生年月日	夫	年 月 日
	妻			妻	年 月 日
診断名					
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
当該患者について、該当するものにチェックをし、詳細についてはカッコ内に記入してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 ()					
治療内容					
領収金額	円 総額				
	円 (保険適用外)				
	円 (差額ベッド代・食事代・野田市用証明書代)				
紹介先医療機関	有 ・ 無				
	不育症の治療継続のため、貴院より紹介した医療機関がある場合は、必ずその医療機関をご記入ください。 【紹介先医療機関名】				



第 号
年 月 日

様

野田市長 鈴木 有

野田市不育症治療費助成金支給（却下）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました野田市不育症治療費助成金支給について、次のとおり決定しましたので通知します。

申請者	住所	
	氏名	
決定区分	1 決定する 2 却下する	
却下の理由		

助成金決定額： 円

振込日：