

特定・一般不妊治療受診等証明書 作成申込書

診察券番号	ふりがな 氏名(夫)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
診察券番号	ふりがな 氏名(妻)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳

① 申請される自治体の要項を読み、内容について理解しています。 はい いいえ
 ※ 不明な点がある場合は、事前に自治体へご確認下さい。

② 申請される自治体は _____ です。 例) 神戸市のみの場合 → 神戸市
 兵庫県と三木市の場合 → 兵庫県・三木市
 ※ 申請先が複数あり、県に申請後に市にも提出される場合は、全ての自治体をご記入ください。

③ 過去に助成金を申請された事がありますか？(当院以外の歴も含む) はい いいえ

④ 助成上限金額は _____ 計 _____ 円 です。

⑤ 今回申請する周期は、上記金額を超えています。 はい いいえ

⑥ 自治体が表示している申請期限は _____ 月 _____ 日 です。

⑦ 出来上がり後の書類の受取りはどうされますか？ 窓口 郵送
 ※ 郵送希望の場合は、宅急便の着払い・作成料はお振込み

上記太枠内のご記入をお願い致します。

受診等証明書 _____ 枚 請求書 _____ 枚 領収書 _____ 枚

上記内容を各自治体にご自身で、ご確認いただいた上で作成させて頂いております。

不妊治療受診等証明書 預かり証

出来上がり日 _____ 月 _____ 日 申請期限 _____ 月 _____ 日 受診等証明書 _____ 枚 請求書 _____ 枚 領収書 _____ 枚

出来上がり予定日以降は、診療時間内でしたらいつでも受取可能です。 作成料 1 通 ¥3,300(税込み)

各自治体にご自身で、ご確認いただいた上で作成させて頂いております。

