

様式第2号（第5条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書

医療機関記入欄

(フリガナ) 氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の 治療方法	1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。			
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 に係る保険適用外の自己負担金		円	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり不妊治療（体外受精・顕微授精）をされたことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">医療機関</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</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（体外受精・顕微授精）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
豊前市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 夫及び妻の住民票抄本と戸籍謄本
 - (3) 外国籍を有する者がいる世帯 外国人登録原票記載事項証明書
- 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
- 4 福岡県の承認決定通知書の写し