

不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

(宛先) 出水市長

申請者 住 所
氏 名 印
生年月日 年 月 日
電話番号

出水市不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

記

申請の種類	不妊治療費等助成事業受診等証明書の種類に基づき、次のいずれかにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療		
配偶者	ふりがな氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	※ 申請者と異なる場合は、記入してください。 〒 電話番号	
過去の助成実績	他の市町村において、過去に特定不妊治療費助成を受けたことが (ある ・ ない) (自治体:) ○上記で「ある」の場合、その回数(回) ○本市で助成を受けた回数 (回)		
給付を受けようとする助成金の額		円	

- (添付書類) 1 不妊治療費等助成事業受診等証明書 (第2号様式)
2 夫婦別世帯のとき、法律上の婚姻をしていることを証明できる書類
(夫および妻の住民票抄本と戸籍謄本)
ただし、県の承認決定通知書がある方は1、2は不要
3 医療保険証の写し・・・一般、男性、不育治療を受けた場合
4 治療に要した領収書の写し
5 振込先が確認できる通帳の写し (申請者の口座に限る)

同意 出水市不妊治療費等助成事業実施要綱第5条第2号に規定する他の市町村での受給歴について、当該市町村に確認することに同意します。

夫 印 妻 印

市使用欄

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認)決定年月日	年 月 日
受給者番号			