様式第１号（第５条関係）

不育症治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

出雲市長　様

出雲市不育症治療費助成金交付要綱第５条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年　　月　　日（　　歳）
	住 所	〒　　－ 出雲市 電話番号　　（　　）	
配偶者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年　　月　　日（　　歳）
	住 所	□申請者と同じ（異なる場合は以下に記入してください） 〒　　－	

振込先口座金融機関	金融機関コード		金融機関名	
	支店コード		支店名	
	預金種別	普通　・　当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

当該年度の不育症治療助成金申請の有無　□なし　□あり⇒（助成金額　　円）

【出雲市処理欄】

加入保険(夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他（　　） 【番号】		
加入保険(妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他（　　） 【番号】		
本人支払額	円	交付決定額	円

【添付書類】
□不育症治療等医師証明書（様式第２号）
□不育症治療に要した費用の領収書及び明細書（いずれも原本）
□健康保険証情報が分かるもの
□金融機関の口座番号が分かるものの写し
□夫及び妻の市税等の滞納のない証明書
＜夫婦が同一世帯に属さない場合または事実婚関係にある場合＞
　□夫及び妻の戸籍謄本または抄本
　□事実婚関係及び認知に関する申立書(様式第３号)
　（事実婚関係にある夫婦のみ）

受付印（受理月日）	住基確認欄	
	健康保険証情報確認欄	
	台帳確認欄	

【申請期限】
一治療期間が終了した年度の３月31日まで。
※一治療期間とは、妊娠後の不育症治療開始日から、
　その治療の終了日（出産または流産、死産等）までの期間。
※治療が３月に終了した場合等、３月中に申請が難しい場合はご相談ください。