

不育症治療費助成金交付申請書

令和 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	〒 ー 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	〒 ー		□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）										

※太枠内を記入の上、訂正箇所にはすべて訂正印を押印してください。

【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）
- 保険証の写し
- 金融機関の口座番号がわかるものの写し
- 夫及び妻の市税等の滞納のない証明書
- 戸籍抄本（別世帯等で、婚姻関係が確認できない場合）

【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。

受付印（受理月日）	住基確認欄	
	保険証確認欄	
	台帳確認欄	