

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	〒 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (異なる場合は以下に記入してください) 〒 ー					
振込先口座 金融機関	<金融機関名>						<口座番号>普通 (左詰めで記入)
	<支店名>	カナ					
		名義					
当該年度の不育症治療助成金申請の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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
- 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	