

年 月 日

人工授精費助成事業申請書

光市長 様

申請者

氏名（夫）

氏名（妻）

関係書類を添えて、下記のとおり人工授精費用の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	年 月 日 (歳)	
妻	()	年 月 日 (歳)	
住所	〒 電話 ()		
住所（※1）	〒 電話 ()		
申請金額 金 円			
過去に山口県や光市・他自治体から人工授精費用の助成を受けたことがありますか。 ☐ 受けたことがない ☐ 受けたことがある			
助成時期	年 月	年 月	年 月
助成金額			
振 込 先	金融機関名	銀行 本店・本所 金庫 支店・支所 組合 出張所・店	
	預金の種類	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人
	口座番号		右詰記入
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

注）太枠の中を御記入ください。

※1：夫婦の住所が異なる場合に記入する。住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

(添付書類) (1) 人工授精費助成事業受診等証明書（様式第2号）又は市が定める様式と同等の内容が証明されるもの

(2) 人工授精費用の領収書

(3) 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箇月以内に発行されたもの）

(4) 住民票等住所を確認できるもの（1箇月以内に発行されたもの）

(5) 児童手当法施行令による控除が確認できる証明書（課税証明書等）