

空白

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	(夫の氏名・生年月日	歳)
妻	(妻の氏名・生年月日	歳)
住所	〒 住民票住所を記入（アパート名・部屋番号）、TEL 日中連絡が取れる番号	
住所（※1）	〒 ご夫婦の住所が異なる場合記入 電話	
申請金額 金 空白		
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	年 月
助成金額	不明の場合は、空白でご持参ください	
振 込 先	金融機関名	銀行 本店・本所 支所・店
	預金の種類	普通 空白 ご夫婦どちらかの振込先記入
	口座番号	右詰記入
申請受理年月日		空白 月 日
受給者番号		空白 月 日

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）

様式第 5 号（第 5 条関係）

人工授精費助成事業助成金交付請求書

記入不要

光市長 様

申請者

住所

氏名（夫）

氏名（妻）

記入不要

助成について、次のとおり請求します。

記入不要

助成金請求額 金 円