

## 一般不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費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(※1)	〒	電話 ( )			
住所(※2)	〒	電話 ( )			
申請者氏名 _____ (夫及び妻が記名)					
申請金額 金 _____ 円		医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 _____ 円			
年 月 日 光市長 様					
過去に山口県内の他の市町から一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。					
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費の助成を受けたことはない。					
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費の助成を受けたことがある。					
助成を受けた自治体					
助成を受けた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
助成金額(円)					
加入医療保険 (夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者				
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店(支所) 出張所
	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)
市使用欄(記入しないでください。)					
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日			
受給者番号		2	1	0	

注) 枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 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 一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

注) 保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて申請書を提出してください。

2 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)

3 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書

4 住民票等住所を確認できるもの

(裏)

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1 夫婦あたりの助成限度が定められています。

山口県内の他の自治体から転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますので御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。