

一般不妊治療費助成事業申請書

一般

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 山口県不妊治療(人工授精)費助成事業 助成額 _____ 円 _____ 年 _____ 月 _____ 日 光市長 _____ 様		
過去に光市又は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		
申請した時期	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 本店 金庫 支店(支所) 農協 出張所 預金の種類 普通座 (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(様式第2号)

※1か所の医療機関で助成額の上限に達している場合は、1か所の証明書を提出ください。

2 一般不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書(様式第3号)

※様式2号が助成額の上限に達している場合は、提出不要。

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 夫及び妻の前年の所得(児童手当法施行令(昭和46年政令第281号)第2条に規定する所得について、同令第3条に規定する計算方法により算出した額をいう。)の合計額(1月から5月までの申請については前々年の所得の合計額をいう。)が確認できる所得証明書

5 住民票等住所を確認できるもの

6 医療保険各法の規定の給付金及び山口県不妊治療(人工授精)費助成事業助成金の決定通知書

(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。