

串間市不妊治療費助成金申請書

年 月 日

串間市長 殿

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

申請者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	
	夫	()	年 月 日 (歳)	
	妻	()	年 月 日 (歳)	
	連絡先	〒 電話 ()		
	連絡先 (※2)			
	加入医療保険 (夫)	写しの添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (なしの場合は下記を記入してください) 【種別】国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者		
	加入医療保険 (妻)	写しの添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (なしの場合は下記を記入してください) 【種別】国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【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・出張所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者どちらか一方)	()
	口座番号	(左詰記入)		
申請額	検査費(※3)	金	円	助成額 上限
	治療費(※3)	金	円	
高額療養費の申請	<input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 該当なし			
附加(付加)給付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有「有」の場合はいずれかを提出→附加(付加)給付決定通知書【振込金額が分かるもの(通帳の写しなど)】			

過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある ⇒ 過去 () 回受けた () 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は () 市町村
--

決定年月日	受給者番号
-------	-------

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：口座名義人と同一の方が、自署してください。(串間市内在住の方に限ります。)

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合など夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3：不妊原因を調べるための検査は検査費に、治療の一環として行われる検査は治療費に含みます。

(添付書類) 1. 不妊治療受診等証明書、領収書、完納証明書(夫婦2名分)

2. 住民票(交付後3か月以内のもので夫婦の氏名及び続柄が確認できるもの)

◎ 申請の際に、健康保険証と口座番号が確認できるものをお持ちください。