

一般不妊治療費助成事業申請書

下松市長 様

年 月 日

関係書類を添えて下松市一般不妊治療費助成金の交付について、次のとおり申請します。

申請者（夫婦それぞれの記名が必要です。）

夫の氏名	ふりがな ()	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 電話 ()		
妻の氏名	ふりがな ()	生年月日	年 月 日 (歳)
住所 (※)	〒 電話 ()		

(※) には、夫婦の住所が異なる場合（単身赴任等）に記入してください。

過去に山口県内自治体（下松市を含む）から一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。												
☐ 受けたことがある。 ☐ 受けたことがない。												
助成金を受けた時期		年 月		年 月		年 月		年 月				
助成金額（円）		円		円		円		円				
医療保険各法の規定による一般不妊治療費給付額						申請金額						
金 円						金 円						
振込先	金融機関名	銀 行 普 通			支店・支所 本店・本所 出張所							
	フリガナ	金 庫 組 合			・							
	口座名義	当 座			口 座 番 号							

(添付書類)

- 1 医療機関が発行した一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書
- 2 保険薬局で投薬を受けた方は、薬局が発行した一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書
- 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か月以内に発行されたもの）
- 4 課税証明書等
- 5 住民票など住所を確認できるもの
- 6 医療機関の発行する領収書