

## 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。									
<input type="checkbox"/> 受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 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 金庫 組合	普通 ・ 当座	支店・支所 本店・本所 出張所					
	フリガナ			口座 番号					
	口座名義								

（添付書類）

- 1 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、薬局からの証明書と合わせて申請書を提出してください。
- 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 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書
- 5 医療機関の発行する領収書
- 6 住民票など住所を確認できるもの