

不育症治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症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)	郵便番号		電話 ()																					
住 所 (※2)	郵便番号		電話 ()																					
申請者氏名 _____ (夫及び妻が自署すること)																								
申 請 金 額 金 _____ 円 年 月 日			医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 _____ 円																					
長門市長			様																					
過去に山口県又は他の市町から不育症治療費の助成を受けたことがありますか。 ☐ 受けたことがない ☐ 受けたことがある																								
<table><tr><td>助成を受けた自治体</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>助成を受けた時期</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td></tr><tr><td>助成金額 (円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							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)					
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 本店 金 庫 支店 (支所) 農 協 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					(左詰記入)																		
申請受理年月日				(承認・不承認) 決 定 年 月 日																				
受給者番号																								

注 太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 不育症治療費助成事業医療機関等証明書 (領収書添付)
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ヶ月以内に発行されたもの)
3 住民票など住所を確認できるもの