

不妊治療等助成金交付申請書

年 月 日

南山城村長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。										
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療			<input type="checkbox"/> 人工授精			<input type="checkbox"/> 不育治療等				
	<input type="checkbox"/> 先進医療等(保健適用外)										
<input type="checkbox"/> 体外受精			<input type="checkbox"/> 顕微授精			<input type="checkbox"/> 男性不妊治療					
交付申請額	円										
受療者本人	住所	(〒 -)									
	氏名					住民となった日	年 月 日				
	加入医療保険種別	国保・健保 船員・共済 その他	保険者 番号			区分	本人・被扶養者				
配偶者	住所	(受療者と異なる場合のみ記載)									
	氏名					住民となった日	年 月 日				
過去の助成金受給の有無	1 有	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 および助成額	自治体	時期			助成額(円)				
	2 無			年 月							
				年 月							
口座振込先	銀行 信用金庫						支店 出張所	預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		
	口座番号 (右詰で記入)						口座名義 (カタカナ)				

※ 口座振込先については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。

○ 添付書類

1. 医療機関証明書（別記第2号様式）

※ 保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。

2. 夫婦であることを証明できる書類（戸籍、住民票、事実婚の場合は事実婚に関する申立書 等）