

## 山口市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)	〒 _____ 電話 ( ) _____				
住所(※2)	〒 _____ 電話 ( ) _____				
不育症治療費の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがない <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがある					
助成を受けた地方公共団体					
助成を受けた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
助成金額(円)					
申請者氏名 (夫) _____ ※ (妻) _____ ※ (※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)					
医療保険各法の規定による医療に関する 給付額					
申請金額 金 _____ 円 _____ 円					
年 月 日					
山 口 市 長 様					
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 農協 出張所			
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	( )	
	口座番号	(右詰記入)			
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日	

注) 太枠の中を記入してください。

※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。

助成の適正を判断するため、必要に応じ、下記の点について照会することがありますので御了承ください。なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

○ 医療機関証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。

#### 【添付書類】

1. 不育症治療費助成申請に係る同意書（別記様式第1号の2様式）

2. 「山口市不育症治療費医療機関証明書」（別記第2号様式）

※保険薬局で投薬を受けた方は、「山口市不育症治療費調剤証明書」（別記第3号様式）とあわせて提出してください。

3. 夫婦の続柄の記載がある住民票（1ヶ月以内に発行されたもの。）（1. 不育症治療費助成申請に係る同意書のチェック項目全てに該当し、提出すれば省略可能）

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（1. 不育症治療費助成申請に係る同意書のチェック項目全てに該当し、提出すれば省略可能）

5. 不育症治療に要した費用の領収書

## 山口市不育症治療費助成事業申請書

記入例

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	( <u>ほけん せんた</u> ) <u>保健 仙太</u>	昭和〇〇年	〇月	〇日	( 〇〇 歳)
妻	( <u>ほけん やすこ</u> ) <u>保健 康子</u>	昭和〇〇年	〇月	〇日	( 〇〇 歳)
住所(※1)	〒 <u>753-8650</u> <u>山口市龜山町2-1</u>		電話	<u>083 ( 922 ) 4111</u>	
住所(※2)	〒		電話	( )	
不育症治療費の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがない <input checked="" type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがある					
助成を受けた地方公共団体	<u>山口県</u>	<u>宇部市</u>			
助成を受けた時期	<u>令和〇年〇月</u>	<u>令和〇年〇月</u>	年 月	年 月	年 月
助成金額(円)	<u>〇〇〇〇</u>	<u>〇〇〇〇</u>			
申請者氏名 (夫) <u>保健 仙太</u> ※ (妻) <u>保健 康子</u> ※ (※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)					
医療保険各法の規定による医療に関する 給付額					
申請金額 金	<u>〇〇〇〇〇</u>	円			円
<u>〇〇</u> 年 <u>〇</u> 月 <u>〇</u> 日					
山 口 市 長 様					
加入医療保険 (夫)	【種別】国保・ <u>健保</u> ・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( <u>〇〇〇〇</u> ) 【区分】 <u>本人</u> 被扶養者				
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・ <u>健保</u> ・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( <u>〇〇〇〇</u> ) 【区分】 <u>本人</u> 被扶養者				
振込先	金融機関名	<u>〇〇〇〇</u>		<u>銀行</u> 金庫 農協	本店 <u>支店</u> 出張所
	預金種別	<u>普通</u> 当座	(フリガナ) 口座名義人	( <u>ホケン センタ</u> ) <u>保健 仙太</u>	
	口座番号	<u>〇</u>   <u>〇</u>   <u>〇</u>   <u>〇</u>   <u>〇</u>   <u>〇</u>   <u>〇</u>	(右詰記入)		
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日	

注) 太枠の中を記入してください。

※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。