

様式第1号（第7条関係）

牧之原市一般不妊治療（人工授精）費助成金交付申請書

平成 年 月 日

牧之原市長

申請者 住 所 牧之原市
氏 名 (印)
電 話

一般不妊治療（人工授精）費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。なお、交付要件の確認に当たり、申請者並びにその配偶者の住民基本台帳、戸籍、所得状況、市税の納税状況、この助成金の以前の受給状況及び健康保険組合等の医療費助成支給の有無を確認することに同意します。

対 象 者		(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 ()			
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・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】市町村国保・組回国保・健保・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 金庫 農協	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)	()			
	口座番号						(左詰記入)
	人工授精に要した 本人負担額①			円	一般不妊治療（人工授精）費助成事業 受診等証明書の領収金額と一致		
	付加給付額② (※3)			円	保険者からの付加給付がある場合に記入		
	申請額			円	①－②		
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある↓ 過去 () 回 (年 月頃) 助成を受けた自治体							
申請受理年月日		年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日	
受給者番号							

注) 太枠の中をご記入ください。

- ※1 夫婦の住所を記入してください。
- ※2 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。
- ※3 付加給付の有無については、加入されている健康保険者にお問い合わせください。

(添付書類)

- (1) 受診等証明書(様式第2号)
- (2) 人工授精治療に係る領収書
- (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
- (4) 住所地を証明する書類
- (5) 夫及び妻の所得額を証明する書類

◎ 申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

申請書の提出期限

申請書は、原則として治療日の属する年度内に提出しなければなりません。1月から3月までに受けた一般不妊治療(人工授精)については、治療日から起算して90日を経過した日まで提出が可能です。

複数回の治療をまとめて申請することはできますが、提出期限を過ぎた治療については申請できませんので、御注意ください。