

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

安来市長 様

申請者

(記名押印又は署名)

不妊治療費等助成申請書

安来市不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

1 補助事業等の名称 年度安来市不妊治療費等助成事業

一般不妊治療  生殖補助医療  不育症治療

2 申請者の状況

氏名	夫		生年月日	
	妻		生年月日	
住所		〒 電話( ) —		
住所(※1)		〒 電話( ) —		
加入保険	夫	種別 健康保険・国民健康保険・船員保険・共済保険・その他( ) 保険番号		
	妻	種別 健康保険・国民健康保険・船員保険・共済保険・その他( ) 保険番号		

(注) 太枠内を記入してください。

※1 申請者と住所地が異なる場合のみ記入

3 申請金額

申請金額	金	円
	<内訳>	
	本人支払額	円
	島根県助成額(※2)	円
	差引	円

※2 島根県助成事業等の制度(他の地方公共団体助成事業を含む。)による当該助成額

《添付書類については裏面に記載していますので確認してください》

#### 4 添付書類

- ・医療機関証明書等（様式第2号の1から様式第2号の3までのうちいずれか）
- ・戸籍謄本等婚姻関係にあることを証明できる書類
- ・事実婚関係に関する申立書（事実婚の方のみ）（様式第3号）
- ・治療に要した領収書及び診療明細書（原本）
- ・夫及び妻の医療保険各法による医療保険の被保険者、組合員又は被扶養者であることを証する書類
- ・夫及び妻の住所を確認できる書類（免許証等）
- ・その他市長が必要と認める書類

#### 5 申請の時期

治療期間の末日の翌日から起算して1年以内に申請してください。

一般不妊治療は複数回に分けて申請を行うことができます。

不育症治療は治療が終了した年度の3月末日までに申請してください。