

申請者 住所  
氏名 印  
電話番号 ( ) -

### 不妊治療費等助成申請書

邑南町不妊治療費等助成事業実施要綱第5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

一般不妊治療  生殖補助医療  不育症治療

2. 申請者の状況

区 分	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
住所	〒 電話 ( ) -	
住所(※1)	〒 電話 ( ) -	
指 定 口 座	金融機関名	銀行・金庫・農協
	同 店 舗 名	本店・本所・支店・支所・出張所・代理店
	現 金 種 目	1 普通 2 当座 3 その他 ( )
	口 座 番 号	
	口 座 名 義 人	フリガナ
加入保険(夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【番号】	
加入保険(妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【番号】	

#### 同意書

不妊治療費等助成決定のために、私と配偶者の住民基本台帳について、確認することを同意します。

申請者 印

3. 申請金額

自己負担金合計	円
助成金額	円

1 注意事項

- 太枠内を記入してください。
- 「※1」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に記入してください。
- 戸籍の全部事項証明書又は個人事項証明書が必要となる場合があります。

(\*担当課で記入)

第 期	受理年月日	住民基本台帳 確認欄
	年 月 日	年 月 日

## 2 添付書類

(1) 不妊治療等医療機関証明書（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）

\*一般不妊治療では初回の申請時のみ必要です。

\*自己の都合により複数の医療機関に受診する場合には、それぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。

(2) 不妊治療等に要した費用の領収書（原本）及び診療明細書

(3) 夫婦の社会保険各法の規定に基づく被保険者、組合員、被扶養者であることを証する書類の写し

(4) 夫婦それぞれの戸籍謄本と事実婚関係に関する申立書 \*事実婚の場合に限る

(5) 島根県不妊治療＜先進医療＞費助成事業承認決定通知書及び島根県不妊治療＜先進医療＞助成事業受診等証明書

\*保険適用の対象となる生殖補助医療と併用で先進医療を実施したものに限る。