様式第1号（第5条関係）

**不育症治療費助成金交付申請書**

令和　　年　　月　　日

出雲市長　様

出雲市不育症治療費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　  | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住 所 | 〒　　　　－出雲市電話番号　　　　（　　　　） |
| 配偶者 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住 所 | □申請者と同じ（異なる場合は以下に記入してください）〒　　　　－ |
|  | 振込先口座金融機関 | 金融機関コード |  | 金融機関名 |  |
| 支店コード |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 　　普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
|  | 当該年度の不育症治療助成金申請の有無　　□なし　　□あり⇒（助成金額　　　　　　　円） |

※太枠内を記入の上、訂正箇所にはすべて訂正印を押印してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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】 |
| 本人支払額　　　　 | 　　　　　　　円 | 交付決定額 | 　　　　　　　　　　円 |

【出雲市処理欄】

保険証確認欄

受付印（受理月日）

住基確認欄

台帳確認欄

【添付書類】

□不育症治療等医師証明書（様式第２号）

□不育症治療に要した費用の領収書及び明細書（いずれも原本）

□保険証の写し

□金融機関の口座番号がわかるものの写し

□夫及び妻の市税等の滞納のない証明書

□戸籍抄本(別世帯等で、婚姻関係が確認できない場合)

【申請期限】

　一治療期間が終了した年度の3月31日まで。

※一治療期間とは、妊娠後の不育症治療開始日から、

その治療の終了日（出産または流産、死産等）までの期間。

※治療が3月に終了した場合等、3月中に申請が難しい場合はご相談ください。