

【不育治療費の申請】

申請書の記入例と添付書類

別記

第1号様式（第4条関係）

記入例

奄美市不妊治療費等支援事業助成金交付申請書

令和××年×月××日

奄美市長 殿

奄美市不妊治療費等支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

記

申請者	フリガナ 氏名	アミ ハコ 奄美 花子 印	生年月日 及び年齢	昭和○年○月○日(○○歳)
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○		
	住所	〒894-○○○○ 奄美市名瀬○○町○○番○号 電話番号○○○-○○○○-○○○○		
配偶者	フリガナ 氏名	アミ タロウ 奄美 太郎 続柄(夫・妻)	生年月日 及び年齢	昭和○年○月○日(○○歳)
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○		
	住所	〒 (申請者と同じ場合は記入不要) 電話番号		
給付の種類と申請金額 (右記項目のいずれかに✓)		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費	金 _____ 円	
		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費		
		<input type="checkbox"/> 不育治療費	金 _____ 円	
		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療の旅費等		
奄美市での助成の回数 ○ 回目		他の市町村での助成の回数 ○ 回		

- (添付書類)
- 1 不妊(不育)治療受診等証明書
 - 2 不妊(不育)治療費領収書の写し
 - 3 保険証の写し(夫婦ともに必要)
 - 4 その他必要と認める書類
 - 5 鹿児島県不妊治療費助成事業実施要綱における助成対象者のみ

※旅費等の内訳書、交通費・宿泊費の領収書の写し、鹿児島県が交付した特定不妊治療費助成事業承認決定通知書及び鹿児島県の不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

金額は記入しないで下さい

(同意書)

奄美市不妊治療費等支援事業助成金を申請するにあたり、市税等の納入状況を市長が確認することに同意します。

氏名 奄美 花子 印
氏名 奄美 太郎 印

(奄美市使用欄)

申請受理年月日	年	月	日	決定年月日(承認・不承認)	年	月	日
受給者番号			-				

医療機関にて全て記入

不育治療受診等証明書

下記の者については、不育症と診断され、不育治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名 ○○○病院
所在地 奄美市名瀬○○町○番○号
主治医氏名 ○○ ○○ 印

記

医療機関記入欄

	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
今回の申請に係る不育治療について、主な内容を記入してください。		
治療対象となる期間 ↓		
今回申請の治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
領収年月日	年 月 日～ 年 月 日	
治療費自己負担額 ⇒	領収金額 円	

請求書

一金 _____ 円

総額	前回までの 請求額	今回請求額	未請求額
円	円	円	円

ただし、令和 年 月 日付け奄保健第 号の奄美市不妊治療支援事業助成金交付決定通知書に基づく。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

※請求書の金額、日付けは記入しないでください。

住所 奄美市名瀬〇〇町〇〇番〇号

名前 奄美 花子 印

振込先の口座番号（本人名義）

〇〇 銀行・信金・信組

〇〇 支店

普通・当座

口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

奄美市長 朝山 毅 殿

【夫婦の保険証のコピー】

鹿児島県国民健康保険被保険者証

有効期限 令和元年8月1日～令和2年7月31日

記号	奄美	番号	
----	----	----	--

氏名

生年月日

性別

交付年月日

世帯主氏名

住所

保険者番号 460071

交付者名 奄美市

奄美市
長印

鹿児島県国民健康保険被保険者証

有効期限 令和元年8月1日～令和2年7月31日

記号	奄美	番号	
----	----	----	--

氏名

生年月日

性別

交付年月日

世帯主氏名

住所

保険者番号 460071

交付者名 奄美市

奄美市
長印

【振込先通帳のコピー】

本人名義の口座に限ります

コクトバンク		総合口座通帳	普通預金
			定期預金
店番号 000	会員一括番号 XXXX-XXXX	口座番号 1234567	奄美 花子 様
			黒兎銀行
<small>Kokuto City Official Character</small> KoKuToKon			

【治療費領収書のコピー】

医療機関からの領収書
(様式・書式は問いません)

領収書			
		発行日	令和〇〇年〇月〇〇日
氏名		奄美 花子	
項目	点数・金額(保険内)	項目	点数・金額(保険外)
診察	〇〇〇	検診料	〇〇〇円
投薬	〇〇〇	検査料	〇〇〇円
注射	〇〇〇	診察料	〇〇〇円
処置	〇〇〇	投薬・注射料	〇〇〇円
手術	〇〇〇	処置料	〇〇〇円
検査	〇〇〇	手術料	〇〇〇円
その他	〇〇〇	文書料	〇〇〇円
保険内合計	〇〇〇	保険外合計	〇〇〇円
請求金額	〇〇〇〇円	領収金額	〇〇〇〇円
鹿児島県〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇〇 病院			領収印