

別記

第1号様式（第4条関係）

奄美市不妊治療費等支援事業助成金交付申請書

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	印	生年月日 及び年齢	年 月 日(歳)
	個人番号			
	住所	〒 電話番号		
配偶者	フリガナ 氏名	続柄(夫・妻)	生年月日 及び年齢	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		
		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療の旅費等	金 _____ 円	
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(請求書等)
 - 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

(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

印

氏名

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			—				

別紙

旅費等の内訳書

	治療 年月日	移動 年月日	交通機関	区 間	実際に要した 額 (A)	基準額 (B) (注1)	(A)(B)のうち 低い方の額×2/3 (注2)
交 通 費 (往復9 回限度)			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
合 計							

	治療 年月日	宿泊 年月日	宿泊施設名	実際に要した 額 (A)	基準額 (B)	(A)(B)のうち 低い方の額×2/3
宿 泊 費 (15泊 限度)						
合 計						
交通費と宿泊費の合計						

注1 基準額 ・船の場合（二等往復割引・離島割引またはパック料金）いずれか料金が低い方
 ・航空機の場合（離島引きまたはパック料金）いずれか料金が低い方

注2 1円未満は切り捨て

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

住 所

名 前 印

振込先の口座番号（本人名義）

銀行・信金・信組

支店

普通・当座

口座番号

奄美市長 朝山 毅 殿

不妊治療受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、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

所在地

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
<p>今回の申請に係る不妊治療について、該当箇所に記入してください。</p> <p>1 体外受精 (回)実施 [治療期間： 1 回目 ~ 2 回目 ~ 3 回目 ~]</p> <p>2 顕微授精 (回)実施 [治療期間： 1 回目 ~ 2 回目 ~ 3 回目 ~]</p> <p>3 凍結胚移植 (採卵を伴わないもの) (回)実施 [治療期間： 1 回目 ~ 2 回目 ~ 3 回目 ~]</p> <p>4 採卵したが卵が得られない又は状態のよい卵が得られないため中止(回)実施</p> <p>5 人工授精 (回)実施</p> <p>6 タイミング療法 (回)実施</p> <p>7 排卵誘発法 (回)実施</p>		
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	
	領収金額	円
	1 ~ 2 の治療費	円
	3 ~ 4 の治療費	円
	5 ~ 7 の治療費	円

第3号様式（第4条関係）

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
所在地
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。		
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
領収金額		円