

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		生年月日 及び年齢	年 月 日( 歳)
	住所	〒 電話番号		
配偶者	フリガナ 氏名		生年月日 及び年齢	年 月 日( 歳)
	住所	〒 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 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療費 <input type="checkbox"/> 不育治療費 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費		金 _____ 円
		<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	

※申請者と同じ場合は記入不要

- (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(給付決定通知等)

(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 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

(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			-				

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費等支援  
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】

\_\_\_\_\_ 銀行・信金・信組・労金・農協

\_\_\_\_\_ 本店・支店 (普通・当座)

本人名義 (カナ) \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_

奄美市長 殿

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

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	奄美 花子	生年月日 及び年齢	平成〇年〇月〇日(〇〇歳)
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 奄美市名瀬〇〇町〇〇番〇号 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
配偶者	フリガナ 氏名	奄美 太郎  続柄( 夫・妻 )	生年月日 及び年齢	平成〇年〇月〇日(〇〇歳)
	住所	〒  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 <input checked="" type="checkbox"/> 一般不妊治療費 <input type="checkbox"/> 不育治療費 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費		※申請者と同じ場合は記入不要 金額は記入しないで下さい ↓ 金 _____ 円
		<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	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(給付決定通知等)

(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 太郎

氏名 奄美 花子

(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			-				

# 記入例

## 請求書

一金 \_\_\_\_\_ 円

総額	前回までの	今回請求額	未請求額
			円

黒枠内は記入しないでください！！

ただし、令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日付の奄保健弟 \_\_\_\_ 号の奄美市不妊治療費等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 奄美市名瀬〇〇町〇番〇号

名 前 奄美 花子 ⑨

【振込先】(本人名義)

△△ 銀行 (信金)・信組・労金・農協

〇〇 本店 (支店) (普通) 当座

本人名義 (カナ) \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_

奄美市長 殿

赤枠部分のみ記入

してください。

記入例  
(不育治療)

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。

令和〇年〇月〇〇日

医療機関名 〇〇病院  
所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
主治医氏名 〇〇 〇〇 印

記

#### 医療機関記入欄

	氏 名	生 年 月 日
夫	菴美 太郎	平成〇年〇月〇日
妻	菴美 花子	平成〇年〇月〇日
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	令和〇年〇月〇日～ 令和〇年〇月〇日	
領収年月日	年 月 日～ 年 月 日	
※治療費自己負担額⇒領収金額 〇〇〇〇〇円		