奄美市不妊検査費用助成金交付申請書

年　　月　　日

奄美市長　　殿

奄美市不妊検査費用助成金交付要綱第６条の規定により，関係書類を添えて，下記のとおり不妊検査費用の助成を申請します。

記

申請者（請求者）	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（内縁者）	フリガナ 氏　名	続柄（夫・妻）	生年月日 及び年齢	年　月　日（　　歳）
	住　所	〒 電話番号　※申請者と同じ場合は記入不要		
（事実婚に該当する場合は☑）　□　私たちは事実婚であることを申し立てます				
助成金の申請（請求額）　＿＿＿＿＿＿円（上限 25,000 円）				

（添付書類）

1　奄美市不妊検査実施証明書
2　夫婦であることを確認できる書類
3　不妊検査を実施した医療機関が発行する領収書，診療明細書の写し（**夫婦２名分**）
　※治療前提とした検査または治療開始後の検査は対象外です。
4　戸籍謄本又は戸籍抄本（事実婚の方や，法律上の婚姻関係が住民票で確認できない場合）
5　助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号がわかるものの写し

（同意書）

奄美市不妊検査費用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

奄美市不妊検査実施証明書

下記の者について、不妊症の検査を実施し、これにかかる検査費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　印

医療機関記入欄（主治医が記入するところ）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日		年　月　日		年　月　日
今回の検査期間※	年　月　日～　年　月　日			
検査種類（下記該当項目に☑してください）				
男性の検査	□精液検査　□その他（　　）			
女性の検査	□基礎体温測定　□超音波検査　□内分泌検査（黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストラジオール、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等） □クラミジア抗体検査又は核酸増幅検査 □卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等） □頸管因子検査（頸管粘液検査フーナー検査等） □その他（　　）			
領収年月日　　年　月　日～　年　月　日 領収金額　　円（※）				

※検査期間及び領収金額については、夫婦２名分を記載してください。

（対象）夫婦ともに検査を実施した場合のみ対象（別日に実施する場合には、６か月以内）

なお、治療を前提とした検査および治療開始後の検査は対象外となります。

不妊検査費用助成金交付請求書

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　　号の奄美市不妊検査費用助成金交付決定通知書に基づき下記のとおり交付請求いたします。

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

記入例

奄美市不妊検査費用助成金交付申請書

年　　月　　日

奄美市長　　殿

奄美市不妊検査費用助成金交付要綱第６条の規定により，関係書類を添えて，下記のとおり不妊検査費用の助成を申請します。

記

申請者（請求者）	フリガナ 氏　名	奄美（あまみ）　花子（はなこ）	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（内縁者）	フリガナ 氏　名	奄美（あまみ）　太郎（たろう） 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　※申請者と同じ場合は記入不要		
（事実婚に該当する場合は☑）　□　私たちは事実婚であることを申し立てます				
助成金の申請（請求額）　＿＿＿＿＿＿円（上限 25,000 円）←金額は記入しないで下さい				

（添付書類）

1　奄美市不妊検査実施証明書
2　夫婦であることを確認できる書類
3　不妊検査を実施した医療機関が発行する領収書，診療明細書の写し（夫婦２名分）
　※治療前提とした検査または治療開始後の検査は対象外です。
4　戸籍謄本又は戸籍抄本（事実婚の方や，法律上の婚姻関係が住民票で確認できない場合）
5　助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号がわかるものの写し

（同意書）

奄美市不妊検査費用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（あまみ）　太郎（たろう）＿＿

氏名＿＿奄美（あまみ）　花子（はなこ）＿＿

（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

記入例

奄美市不妊検査実施証明書

下記の者について、不妊症の検査を実施し、これにかかる検査費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関が全て記入

医療機関の名称及び所在地　〇〇クリニック

主治医氏名　院長　〇〇　〇〇　　印

医療機関記入欄（主治医が記入するところ）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　あまみ　たろう　） 奄美　太郎	妻	（　あまみ　はなこ　） 奄美　花子
受診者生年月日		平成　〇年　〇月　〇日		平成　〇年　〇月　〇日
今回の検査期間※	令和　〇年　〇月　〇日～　令和　〇年　〇月　〇日			
検査種類（下記該当項目に☑してください）				
男性の検査	☑精液検査　□その他（　　）			
女性の検査	☑基礎体温測定　☑超音波検査　☑内分泌検査（黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストラジオール、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等） ☑クラミジア抗体検査又は核酸増幅検査 □卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等） □頸管因子検査（頸管粘液検査フーナー検査等） □その他（　　）			
領収年月日	令和　〇年　〇月　〇日　～　令和　〇年　〇月　〇日 領収金額　〇〇〇〇〇　円（※）			

※夫婦２名分記載

※検査期間及び領収金額については、夫婦２名分を記載してください。

（対象）夫婦ともに検査を実施した場合のみ対象（別日に実施する場合には、６か月以内）

なお、治療を前提とした検査および治療開始後の検査は対象外となります。

記入例

不妊検査費用助成金交付請求書

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　　号の奄美市不妊検査費用助成金交付決定通知書に基づき下記のとおり交付請求いたします。

上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

赤枠部分のみ記入してください。

住　所　〒○○○-○○○○

奄美市名瀬○○町○○番○号

名　前　奄美　花子　　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）　アマミ　ハナコ

口座番号　１２３４５６７

奄美市長　殿