

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

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	あまみ はないち 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	あまみ たろう 奄美 太郎	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		
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	金額は記入しないで下さい ↓ 金 _____ 円	
		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費		
		<input checked="" type="checkbox"/> 不育治療費		
		<input type="checkbox"/> 男性不妊治療費		
		<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(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 あまみ たろう
奄美 太郎氏名 あまみ はないち
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			-				

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 1 2 3 4 5 6 7

奄美市長 殿

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		