様式第１号（第６条関係）

（表）

不育症治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

島田市長

郵便番号
住　　所
氏　　名
電話番号

不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">対象者</td><td colspan="2">夫</td><td colspan="2">妻</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　歳）</td><td colspan="2">年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>種別</td><td colspan="2">市町村国保・組合国保・健保・共済・その他</td><td colspan="2">市町村国保・組合国保・健保・共済・その他</td></tr>
<tr><td>区分</td><td colspan="2">本人・被扶養者</td><td colspan="2">本人・被扶養者</td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">助成金の振込先金融機関名</td><td colspan="2">銀行
金庫
農業協同組合
（　　）</td><td colspan="2">本店
支店
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">口座種別</td><td colspan="2">普通・当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">不育症治療に要した自己負担額</td><td colspan="2">円</td><td>付加給付額</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">※承認・不承認決定年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>※交付決定額</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">過去の助成金の受領等の状況</td><td>受領の有無</td><td>回数</td><td>時期</td><td>自治体名</td></tr>
<tr><td>有・無</td><td>回</td><td>年　月頃</td><td></td></tr>
</table>

裏面に本申請に係る注意事項及び添付書類について記載していますので、確認してください。

（裏）

（注）

1　付加給付額については、加入されている医療保険の保険者にお問い合わせの上記入してください。

2　※印の欄は、記入しないでください。

3　申請の際には、印鑑、加入する医療保険に係る被保険者証又はその写し及び助成金の振込先金融機関の通帳の写しを持参してください。

4　申請書は、原則として治療等の終了日の属する年度内に提出しなければなりませんが、１月から３月までに受けた治療等については、治療等の日から起算して90日を経過した日まで提出することができます。

添付書類

	同意書（様式第２号）
	島田市不育症治療受診等証明書（様式第３号）
	申請者の戸籍謄本（申請日前３月以内に取得したもの）
	夫婦の前年（１月から５月までの間に申請をしようとする場合にあっては、前々年）の所得証明書
	治療等を受けた医療機関等が発行する領収書の写し
	その他（　　）