

不妊治療費助成申請書

年 月 日

(あて先) 松江市長

申請者

住所： 〒

松江市

氏名： _____

電話： _____

※申請者は松江市に住所がある夫婦の一方

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。
 なお、助成の適正を判断するため、松江市が必要に応じ、治療内容・結果について医療機関等に照会することに同意します。

記

区分		(ふりがな) 氏名				生年月日			
対象者	夫	()				年	月	日	(歳)
	妻	()				年	月	日	(歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 夫婦とも同住所 <input type="checkbox"/> 申請者と住所が異なる 住所 ()							
振込先 (申請者口座)	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所			
	預金種別	普通・当座		フリガナ					
	口座番号			口座名義					(左詰記入)

※ 太枠内を記入してください

助成額	申請区分	<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 保険外診療 (別図A, B, D, E)	<input type="checkbox"/> 保険外診療 (別図C, F)
	自己負担額	円		
	助成額	円		