様式第1号（第7条関係）

松江市不妊治療費助成事業申請書

（あて先）松江市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者** | 住所： | 〒 |
| 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 夫 | ふりがな  氏　　名 | |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 妻 | ふりがな  氏　　名 | |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 住所 | □　夫婦とも同住所  □　申請者と住所が異なる　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 振込先（申請者口座） | 金融機関名 | | | 銀行　　　　　　　　　　　　本店  金庫　　　　　　　　　　　　支店  農協　　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | |
| 預金種別  口座名義（カタカナ） | | | 普通・当座 | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 加入保険者（夫） | | | 保険者名　　　　　　　　　　　　　　　付加給付　　あり　　　なし | | | | | | | | | | |
| 加入保険者（妻） | | | 保険者名　　　　　　　　　　　　　　　付加給付　　あり　　　なし | | | | | | | | | | |
| 申　請　区　分 | | | | | □一般不妊治療　　□先進医療　　□生殖補助医療（保険適用外） | | | | | | | | |
| 自　己　負　担　金　合　計 | | | | | 円 | | | | | | | | |
| 助　成　金　額 | | | | | 円 | | | | | | | | |

**（注）太枠内を記入してください。**

※付加給付については、一般不妊治療費の申請の場合のみご記入ください。