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。