

松江市不妊治療費助成事業申請書

（あて先）松江市長

〒
住所：
申請者
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	<input type="checkbox"/> 夫婦とも同住所 <input type="checkbox"/> 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 金庫 農協			本店 支店 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	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 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。