

江南市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

江南市長

申請者

住所

氏名

電話番号

特定不妊治療費の助成を申請します。また、特定不妊治療費は下記口座に振り込んでください。

対象者	区分	氏名(ふりがな)	生年月日	住所
	夫	( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	妻	( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
加入医療保険	夫	【種別】市町村国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
	妻	【種別】市町村国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
医療機関	指定医療機関名 ※指定医療機関とは、一般社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関をいう			
申請額		円 (上限10万円)		
振込先	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	口座番号	(左詰記入)
	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同じ	( )		
確認事項	過去に江南市特定不妊治療費助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。( ) 年 ( ) 月頃			
<p>私たちは、江南市特定不妊治療費助成金交付申請にあたり、住民基本台帳並びに戸籍に関する台帳を閲覧・確認されることに同意します。</p> <p>年 月 日 氏名 夫 妻</p>				

注) 太枠の中をご記入ください。

申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号	

(添付書類) 1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書 2. 領収書 3. 戸籍謄本 4. 住民票  
5. 事実婚関係に関する申立書(該当者のみ)  
※3、4の書類は同意欄に署名がある場合は不要(ただし、戸籍謄本の添付を求めることがあります。)

