

様式第1号（第6条関係）

江南市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

江南市長

申請者 住所
氏名
電話番号

江南市不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

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
療加 保入 険医	夫	【種別】市町村国保・健保・共済・その他 () 【区分】本人・被扶養者		
	妻	【種別】市町村国保・健保・共済・その他 () 【区分】本人・被扶養者		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
医療 機 関 名	①不育症の検査・診断を受けた医療機関		②不育症治療実施医療機関	
			<input type="checkbox"/> ①と同じ医療機関 <input type="checkbox"/> ①から紹介された医療機関 (医療機関名)	
申請額		金 円 (1円未満切り捨て)		
確認 事項	・都道府県不育症検査費助成事業の申請をしていますか？ はい・いいえ ・過去に不育症治療費の助成を受けたことがありますか？ はい (助成金を受けた自治体：) ・いいえ ・今回の治療期間中(※)の申請回数は何回目ですか？ 初回 ・ 2回目以降 (回目) ※ 治療期間…不育症の検査又は治療を開始した日から、出産 (流産、死産含む。) 又は医師の判断により不育症治療を終了する日までの期間			
	私たちは、江南市不育症治療費助成金交付申請に係る住民基本台帳並びに戸籍に関する台帳の閲覧を確認されることに同意します。 年 月 日 氏名 夫 妻			

注) 太枠の中をご記入ください。

申請受理年月日		決定年月日		助成番号	
---------	--	-------	--	------	--

- (添付書類) 1. 江南市不育症治療費助成金受診等証明書 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) 6. 都道府県等助成金の交付を受けられる場合、当該支給の決定を受けたことが分かる書類の写し (該当者のみ)
※ 3、4の書類は同意欄に署名ある場合は不要 (ただし、戸籍謄本の添付を求めることがあります。)

◎ 申請の際に、健康保険証、本人確認ができるものをお持ちください。