

江南市不育症治療費助成金交付申請書

① 令和 年 月 日

① 記入しないでください

記入見本

江南市長

申請者住所 江南市〇〇町〇番地
 氏名 ② 江南 太郎
 電話番号 0587-△〇-〇×〇△

② 申請者は夫婦のいずれかで、助成金の振込口座の名義人の方です

④ 下段「確認事項」に記載されている「治療期間」を確認し、該当する期間を記入してください

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	（こうなん たろう） 江南 太郎	平成×〇年〇月△日 ③	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
妻	（こうなん ふじか） 江南 藤花	平成〇×年△月〇日		<input checked="" 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④ 令和 〇年 △月 〇日 ～ 令和 ×年 △月 〇日				
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	
	〇〇マザークリニック ⑤		<input type="checkbox"/> ①と同じ医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> ①から紹介された医療機関 (医療機関名 ×〇産婦人科)	
申請額		金 ⑥ 円 (1円未満切り捨て)		
確認事項	⑦ 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 (助成を受けた自治体： 〇△市) ・ 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 (2 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。				
		令和 〇年 ×月 △日 ⑧		氏名 夫 江南 太郎 妻 江南 藤花

③ 申請者と住所が同じ場合は口にを入れてください
 その場合住所の記入は不要です
 注) 別世帯の場合は、「事実婚関係に関する申立書（様式第3号）」の提出が必要です

⑤ 不育症の検査・診断を受けた医療機関は、「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」のみです
 不育症治療実施医療機関は上記医療機関又はそこから紹介された医療機関のみとなります

⑥ 窓口申請時金額確認の上記入していただきますので記入はしないでください

⑦ 「都道府県不育症検査助成事業」とは都道府県等が実施する不育症検査（流死産検体を用いた遺伝子検査(先進医療 A)）の費用に係る助成事業です

⑧ 必ず夫婦それぞれ自筆で署名をしてください

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。）