

薩摩川内市長 様

申請者 下

住 所 薩摩川内市

氏 名

㊟

不妊治療費等助成申請書

薩摩川内市不妊治療費等助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

なお、助成申請にあたり、審査のため住民基本台帳等必要な資料を、薩摩川内市の職員が閲覧することを承諾します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫		年 月 日生 (歳)	
妻		年 月 日生 (歳)	
住 所	薩摩川内市	電話	
給付を受けようとする助成額		(不妊治療費) 円	
		(甌地域旅費等) 円	
申請受理 年 月 日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年 月 日	年 月 日

- (添付書類)
- 1 不妊治療受診証明書
 - 2 滞納のない証明書(夫婦ともに必要)
 - 3 保険証の写し (夫婦ともに必要)
 - 4 不妊治療費領収書の写し
 - 5 鹿児島県不妊治療費助成事業による助成を受けた方のみ
鹿児島県不妊治療事業承認決定通知書及び受診等証明書の写し
 - 6 甌地域の方のみ
特定不妊治療及び一般不妊治療を受けるために要した甌各港と川内港間又は串木野新港間の船舶旅客運賃の領収書の写し並びに
宿泊施設の領収書の写し

振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店・支所 出張所・代理店
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		

