

年 月 日

雲南市長 様

申請者 住所

氏名



一般不妊治療費助成金交付申請書

雲南市一般不妊治療費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、雲南市不妊治療費助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

記

	ふりがな 氏 名	生年月日	
夫		昭和・平成	年 月 日
妻		昭和・平成	年 月 日
住 所	〒 電話（ ）－		
住 所 (※1)	〒 (夫・妻) ←いずれかに○ 電話（ ）－		
加入保険（夫）	【種別】健康保険・国民健康保険・船員保険・共済保険・その他（ ） 【番号】		
加入保険（妻）	【種別】健康保険・国民健康保険・船員保険・共済保険・その他（ ） 【番号】		
自己負担金合計	円		
申請額	円	補助対象額	円

（注）太枠内を記入してください。

（※1）単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。

【添付書類】

- ☐ 一般不妊治療医師証明書（様式第号）（初回時のみ）
- ☐ 戸籍抄本又は外国人登録原票記載事項証明書（初回時のみ）
- ☐ 不妊治療に要した費用の領収書及び明細書

<その他>

- ・申請時は、印鑑及び保険証をお持ちください。  
（郵送の方は保険証の写しを同封してください。）

助成期間	年 月 日～ 年 月 日		
区 分	1 年目	2 年目	3 年目
受付印（受理月日）		住基確認欄	
		保険証確認欄	
		台帳確認欄	

