

湖南省特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

特定不妊治療に係る助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

		記	申請回数：通算	回目
	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日		
夫	()	年 月 日(歳)		
妻	()	年 月 日(歳)		
住所(※1)	〒 連絡先①(夫・妻) 電話 ()			
住所(※2)	〒 連絡先②(夫・妻) 電話 ()			
過去にこの特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか ない ・ ある → ① ()年度 ()回 自治体名() ② ()年度 ()回 自治体名() ③ ()年度 ()回 自治体名() ④ ()年度 ()回 自治体名() ⑤ ()年度 ()回 自治体名()				
申請額 特定不妊治療費(男性不妊治療費を除く) ① 金 円 男性不妊治療費 ② 金 円 申請額合計 (①+②) 金 円				
申請者氏名 (夫及び妻が自署又は記名押印) _____ 印 _____ 印				
湖南省特定不妊治療費助成事業の助成の交付要件確認のため、本市以外の市区町村に対する本申請に係る情報の照会及び提供、並びに指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと、申請者の住所・市税等に関する公簿を閲覧することについて同意します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">湖南省長 宛</div>				
振 込 先 (※3)	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店・支店 出張所 代理店
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	()
	口座番号			(右詰記入)

注：太枠の中をご記入ください。

※1欄は、夫婦の住所を記入してください。

※2欄は、単身赴任等で夫又は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。

※3欄は、夫婦いずれかの名義の口座とし、貯蓄口座は除く。

(添付書類)

- 1 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し
- 2 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- 3 医療機関発行の、今回の特定不妊治療における保険外診療分領収書の写し
- 4 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（申請日から3か月以内のもの）
- 5 夫婦それぞれの市税の納税証明書等（申請日から1か月以内のもの）