

美祢市長 様

特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請し、及び請求します。

記

申請者氏名	(夫) ㊦	生年月日	年 月 日 (歳)
	(妻) ㊦	生年月日	年 月 日 (歳)
住所(1)	〒 _____ 電話 _____		
住所(2)	※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合記入してください。(夫・妻) 〒 _____ 電話 _____		
申請額	治療費の自己負担額 _____ 円 (A) 山口県からの助成額 _____ 円 (B) 金 _____ 円 (A) - (B) _____ 円 ※特定不妊治療に直接要した費用のうち、山口県の助成額を控除した額 (1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額)で、1回の治療につき15万円を限度とする。ただし、県の助成額の上限が7万5,000円の治療については7万5,000円を限度とする。		
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人
	口座番号		
申請受理 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
受給者番号			

※太枠の中をご記入ください。

(添付書類)

- 山口県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し(助成が決定して1年以内のもの)
- 山口県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 特定不妊治療に要した費用の領収書の写し
- 交付申請日から1月以内に発行された夫及び妻の住民票の写し
- 交付申請日から1月以内に発行された夫婦の戸籍謄本(住民票の写しにより夫婦関係が確認できない場合に限る。)
- 交付申請日から1月以内に発行された夫及び妻の市税等完納証明書