

山口市一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

山泉市長 様

関係書類を添えて、次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

		フリガナ 氏 名	生 年 月 日
対 象 者	夫		年 月 日( 歳)
	妻		年 月 日( 歳)
	住 所	〒 _____ 電話 ( ) _____	
	※1夫と妻の住所が異なる場合は記入	〒 _____ 電話 ( ) _____	
申 請 額      金 _____ 円			
申請の適正を判断するために、必要な場合は、山口市が保有する情報の利用、山口市以外の自治体に対する申請（助成）に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について、同意します。 また、本申請に係る夫婦の市税に関する税務資料の閲覧についても承諾します。			
※2 申 請 者 氏 名    (自署)    _____  申請者の配偶者氏名    (自署)    _____			
加入医療保険による 付加給付の有無	ない・ある（ある場合、_____円）		
過去の助成の有無等 （該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください。）	過去に、 <u>山口市以外の市町村</u> から一般不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。（現在申請中のものも含みます。）  ない・ある（ある場合、自治体名_____ 助成の時期 _____年____月）		

注)太線の中をご記入ください。

※1 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

※2 申請者は、山口市に住民票がある夫又は妻が署名してください。

- (添付書類)
1. 山口市一般不妊治療費助成受診等証明書(様式第2号)
  2. 一般不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(治療期間内のもの)
  3. 夫及び妻の住所を確認できる書類
  4. 高額療養費限度額認定証