

村 山 市 長 あて

申請者 氏 名 _____ 印

村山市不育症治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあたっては外国人登録）と市税等の納付状況調査、及び本申請内容について不育症治療医療機関受診等証明書の内容を医療機関等に照会することについて同意します。

フリガナ		
氏 名	夫	妻
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
住 所 ※1	〒 電話番号	〒 電話番号
過去にこの助成を受けたことがありますか なし ・ あり		今年度内（4～3月）に受けた助成 令和 年 月
支払額	不育症治療医療機関受診等証明書に記載された額（院外処方があればその額を加算） 円	
申請額 1年度上限 300,000円	① 保険適応外の検査及び治療費 検査のみ上限 50,000円	円
	② 保険適応で実施したへパリン療法に係る 自己負担額	円
	③ 証明書料 上限 2,000円	円
	計	円
：市記載欄： 年度内における前回までの助成額： 円 今回助成額： 円		
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 支店
	預金種別	普通 ・ 当座
		フリガナ 口座名義人※2
口座番号		

(注) ※1 夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入して下さい。

※2 口座名義人は、申請者と同じにして下さい。

【添付書類】

- ① 不育症治療医療機関受診等証明書
- ② 不育症検査及び治療に係る医療機関(薬局)発行の領収書及び明細書（原本）
- ③ 申請者名義の通帳の写し
- ④ 保険証の写し
- ⑤ 夫婦の住所が異なる場合は、婚姻関係を証明するもの（戸籍謄本）