

令和 年 月 日

長 井 市 長 宛

長井市不育症治療費助成事業実施規程第 6 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）の調査、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。※太枠の中を記入してください。

フリガナ氏 名		生 年 月 日	
申請者		昭和・平成 年 月 日 (歳)	
配偶者		昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住 所 〒			
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 有（令和 年 月） ・ 無	
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 保険適用外の検査及び治療費 検査のみ上限 50,000 円	円	
	② 保険適用で実施したへパリン療法に係る自己負担額	円	
	③ 保険適用で実施した流産絨毛染色体検査に係る自己負担額	円	
	④ 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補助額： 円 今回補助額： 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	
	口座番号		

【添付書類】 注) 補助金振込先の金融機関は、申請者名義の口座をご記入ください。

- ① 不育症治療医療機関受診等証明書（別記様式第 2 号）
- ② 不育症検査及び治療に係る医療機関(薬局)発行の医療費の領収書及び明細書（写し）
- ③ 申請者名義の通帳の写し ④ 保険証の写し
- ：市記載欄： 年度 NO.