

あま市長 様

申 請 者  
住 所  
氏 名  
電話番号

あま市一般不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

対 象 者		(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日	
	夫	( )	年 月 日生 ( 歳)	
	妻	( )	年 月 日生 ( 歳)	
	住 所 (※1)	〒 —	電話 ( )	
	住 所 (※2)	〒 —	電話 ( )	
	加入医療保険 (夫)	【種別】国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
	加入医療保険 (妻)	【種別】国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
治 療 期 間	年 月 ~ 年 月			
申 請 額	金 円	(本人負担額の1/2で、1年度上限5万円)		

過去にこの助成金を受けたことがありますか。  
ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。 ( ) 年 ( ) 月頃  
助成金を受けた自治体は ( ・その他 ( ) )

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦等の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

- (添付書類) 1 一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書、請求書  
2 住所地を証明する書類 (住民票)  
3 事実婚関係に関する申立書 (様式第4号)

\*ただし、同意書をもって確認が取れる場合は、2及び3の添付が必要ない場合もあります。

◎申請の際に、健康保険証をお持ちください。