

（宛先）
岩国市長 様

岩国市不育症検査治療費助成金交付申請書

不育症検査治療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請金額 金 _____ 円

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日 (歳)
妻		年 月 日 (歳)
住所 (※1)	〒 _____ (電話番号 _____)	
住所 (※2) (夫・妻)	〒 _____ (電話番号 _____)	
<p>今年度中に岩国市から不育症検査治療費の助成を受けたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 受けたことはない <input type="checkbox"/> 受けたことがある</p> <p>この申請を行うに当たり、市の職員が助成を決定するために必要な私及び配偶者（届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）の住民基本台帳の記録について確認すること及び助成事業の決定に必要な情報を各関係機関に確認することに同意します。</p> <p>なお、以上の内容については、私の配偶者の承諾を得ています。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">※申請者本人の自署又は記名押印</p>		

※1 夫婦の住所を記入する。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

（添付書類）

- (1) 不育症検査治療費医療機関証明書（様式第 2 号）
- (2) 不育症検査治療費調剤証明書（様式第 3 号）（不育症検査治療費医療機関証明書の領収金額が 1 年度当たり 20 万円を超えるときは、提出は不要とする。）
- (3) 医療機関及び薬局が発行する領収書等
- (4) 事実婚をしている夫婦にあっては、事実婚関係に関する申立書（様式第 4 号）並びに夫及び妻の戸籍謄本
- (5) その他市長が必要と認める書類

市記入欄			
申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付)	年 月 日
受給者番号		決定年月日	