

必ずボールペンで記載してください。消えるボールペン、修正テープでの修正は不可。

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（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つては、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

申請者の氏名を自署してください。自署でない場合、押印が必要です。

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	

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

申請する年度の
3月31日まで

（薬局）所在地
名称
薬剤師名
電話番号

不育症検査治療費調剤証明書

次のとおり処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、これに係る費用を領収したことを証明します。

- ・調剤証明書は、処方せんに基づいて薬剤の交付を受けた薬局へ、この記入時注意事項と合わせて提出し、記入してもらってください。
 - ・この制度は医療保険適用の有無は問いませんが、処方せんによる調剤が対象です。
- ※医療機関の不育症検査治療費が20万円を超える場合は調剤証明書の提出は不要です。

処方せん 交付医療機関	所在地	
	医師名	
	交付年月日	年 月 日
調剤内容	調剤年月日	年 月 日
	薬剤名	不育症検査治療費助成事業医療機関証明書(医療機関)の「投薬」内容と一致させてください。
	投薬日数	
	領収金額(※)	円

※ 領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費としてください。

※ 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容の記入に代えて、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とします。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は、必ず記載してください。

不育症検査治療費助成金請求書

(宛先)
岩国市長 様

請求者 住 所
氏 名
連絡先

相手方登録申出書の口座
名義人と同一の方の氏名

不育症検査治療費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額

記入不要

円

請求者の本人確認をしました。

受付担当者： _____

相手方登録申出書

岩国市長様

年 月 日

※申出される年月日を記入してください。

岩国市からの支払先口座について、次のとおり申し出ます。

<注意事項>

※請求書等と一致する個人名を記入してください。

※押印は不要です。

※5年間使用がない場合、取消すことがあります。

区分	① 新規	2 変更	3 追加	4 廃止
----	------	------	------	------

債権者	住所	〒 740 - 2100 山口 都・道 岩国 市・区 府・県 町・村			〇〇町〇丁目〇-〇
	法人名等 または 個人名	フリガナ イワクニ タロウ 岩国 太郎			
	肩書・代表者名	肩書・代表者名、担当者氏名は記入不要です。			
	電話番号	(0827) 〇〇 - 〇〇〇〇			

生年月日 (個人登録のみ)	大正 昭和 平成 令和	〇 年 〇 月 〇 日
------------------	----------------	-------------

振込先口座（請求者様の口座）を記入してください。
ゆうちょ銀行の場合、支店名「漢字3文字」口座番号は、通帳でご確認ください。

口座 1	金融機関名	〇〇	銀行・金庫 農業協同組合 ()	〇〇	本店・支店 本所・支所 ()	出張所 代理店	
	預金種目	① 普通預金	2 当座預金	4 貯蓄預金	9 別段預金		
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7					口座番号は右つめで記入してください。
	口座名義人 (カナ)	イワクニ タロウ					

口座 2	用途区分	1 前払金用(工事専用)	2 口座追加				
	金融機関名		銀行・金庫 農業協同組合 ()	本店・支店 本所・支所 ()	出張所 代理店		
	預金種目	1 普通預金	2 当座預金	4 貯蓄預金	9 別段預金		
	口座番号						
	口座名義人 (カナ)						

<岩国市記入欄>

所属課欄	受付日	年 月 日	相手方登録番号						
	担当課名	担当者名		電話(内線)番号					

不育症検査治療費助成事業同意書

岩 国 市 長 様

令和 年 月 日

住 所 岩国市

氏 名 _____ 印

(夫又は妻の自署又は記名押印)

連絡先 _____

記入不要

令和 年 月 日の申請における医療機関証明書又は調剤証明書の領収金額と領収書金額が一致していないことについて、以下のとおり同意します。

領収書金額が少ない場合

不育症検査治療費の領収書のうち、下記に相当する領収書を紛失しています。

領収書金額が多い場合

提示した領収書のうち、下記の金額については、不育症検査治療費助成対象に該当する検査治療ではありません。

記

受 診 日 令和 年 月 日

金 額 _____ 円

記入不要

医療機関名