

人工授精

年 月 日

（宛先）

岩国市長 様

岩国市人工授精治療費助成金交付申請書

人工授精費用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

記入不要

円

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	日 (歳)
妻	()	日 (歳)
住所	〒	(電話)
住所(※) (夫・妻)	〒	(電話)
過去に岩国市、山口県又は県内の他の市町から人工授精費用の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 人工授精費用の助成を受けたことはない。 <input type="checkbox"/> 人工授精費用の助成を受けたことがある。		
助成を受けた自治体		
助成を受けた時期	年 月	年 月
助成金額(円)		
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の住民基本台帳の記録及び所得金額を公簿により確認すること並びに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。また、助成事業の事務等において必要なときは、転入前・転出後の市町に、助成についての照会又は情報提供をすることに同意します。 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。		
氏名		
※申請者本人の自署又は記名押印		

※ 夫婦の住所が異なる場合に記入してください（住所が異なる場合は、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。）。

（添付書類）

- (1) 人工授精治療費医療機関証明書（様式第2号）
されるもの
- (2) 人工授精費用の領収書等
- (3) 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) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

人工授精

申請する年度の
3月31日までです。

年 月 日

(宛先)
岩国市長 様

人工授精治療費医療機関証明書

(医療機関) 所在地
名称
代表者
電話番号

次のとおり人工授精による不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 受診者氏名	妻	()	生年月日	年 月 日
貴医療機関における人工授精による不妊治療開始年月日			年 月 日	
治療の医学的必要性 (※1)			有 ・ 無	
今回の治療日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日		【今回の治療日】 申請する年度の4月1日から3月31日の治療期間になります。	
保険診療に要した総点数 (※2)	点			
保険診療費被保険者負担 (領収) 額	円			
特記事項				

※1 貴医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。

※2 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。

年 月 日

（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

岩国市人工授精治療費助成金請求書

岩国市人工授精治療費助成金ついて、次のとおり請求します。

請求金額

記入不要

円

相手方登録申出書

令和 年 月 日

岩国市長様

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、取消することがあります。

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		
	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) 00 - 0000		

※支払案内サービス登録の希望	希望します <input checked="" type="checkbox"/>
※口座振込通知書の電子交付に関する同意	同意します <input checked="" type="checkbox"/>
※メールアドレス	000000000000@000000.jp

※岩国市支払案内サービスを利用して支払明細を確認する事業者または個人(源泉対象者)の方のみ記入をお願いします。

『iwakuni@shiharai-annai.com』からのメールが受信できるように設定してください。

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

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 本店・支店 出張所 農業協同組合 本所・支所 代理店 () ()	
	預金種目	① 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他 ()	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 口座番号は右づ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 本店・支店 出張所 農業協同組合 本所・支所 代理店 () ()	
	預金種目	1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他 ()	
	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					

岩国市人工授精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

(請求者の自署又は記名押印)

記入不要

令和 日の申請における医療機関等証明書被保険者負担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

人工授精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、人工授精治療費助成対象に該当する治療ではありません。

記

受 診 日 令和 年 月 日

金 額 円

医療機関名

記入不要