

宇城市一般不妊治療（人工授精）費助成事業申請書

宇城市長 様

申請者氏名
連絡先

一般不妊治療（人工授精）費に係る助成を受けたいので、令和6年度宇城市一般不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

併せて、市が備える私の世帯に係る住民基本台帳及び不妊治療に係る受診内容その他助成金の審査決定に関し必要な情報を調査することに同意します。

夫	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	(宇城市民となった日 年 月 日)	電話番号	
妻	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	(宇城市民となった日 年 月 日)	電話番号	
婚姻日	(戸籍上夫婦となった日)			年 月 日
助成金 申請額	円 ※保険者又は共済組合から不妊治療に関する任意の給付が行われる場合は、その給付額を本人負担額から控除した額を記入すること ※夫婦1組4万円を上限とする			
過去に他市町村等から受けた助成の有無	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費（人工授精）の助成を受けたことはない。			
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費（人工授精）の助成を受けたことがある。 1 受けた回数： 回 → <input type="checkbox"/> 妊娠あり 2 市町村等名： 3 助成金額：計 円 助成時期： 年 月 (うち宇城市での助成：計 円)			

- 添付書類 (1) 宇城市一般不妊治療（人工授精）費助成事業医療機関受診等証明書（様式第2号）
(2) 一般不妊治療費に係る領収書の写し
(3) 戸籍謄本の写し（夫婦のいずれかが宇城市外に住民票を有する場合のみ）
(4) 高額療養費及び附加給付金その他それに類する給付を受けた場合、その給付額が記載された書類
(5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める

