# 一般不妊治療・不育症治療費補助金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

横手市長　様

（申請者）
住　　所

氏　　名　（※自署）

横手市一般不妊治療・不育症治療費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
また、併せて実績を報告します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、夫婦双方の市税納付状況についての確認を行うことに同意します。

記

申請額及び実績額　　円

| 対　象　者 | | |
|---|---|---|
| （ふりがな）<br>夫の氏名 | （　　） | 年　月　日生（　歳） |
| （ふりがな）<br>妻の氏名 | （　　） | 年　月　日生（　歳） |
| （※1）<br>住　所 | 〒　－　　電話番号（　　）　－<br>横手市 | |
| （※2）<br>住　所 | 〒　－　　電話番号（　　）　－ | |
| 加入医療保険<br>（夫） | 【種　別】市国保・組合国保・健保・共済・その他（　　） | |
| | 【保険者番号】 | |
| | 【保険者名称】 | |
| | 【記号番号】記号　　番号 | |
| | 【区　分】本人・被扶養者 | |
| 加入医療保険<br>（妻） | 【種　別】市国保・組合国保・健保・共済・その他（　　） | |
| | 【保険者番号】 | |
| | 【保険者名称】 | |
| | 【記号番号】記号　　番号 | |
| | 【区　分】本人・被扶養者 | |
| 治療内容 | 一般不妊治療　・　不育症治療　（どちらか一方を○で囲んでください。） | |

| 受診医療機関 | 複数ある場合は欄外にご記入ください。 |
|---|---|
| 医療機関名称 | |
| 医療機関住所 | 〒　－　　電話番号（　　）　－<br>秋田県 |

添付書類
□　申請者の戸籍謄本若しくは戸籍全部事項証明書（※３）
□　夫婦の一方または双方の住民票（※４）
□　一般不妊治療・不育症治療費補助金に係る受診等証明書
□　医療機関の発行した領収書の写し
□　院外処方薬に係る薬局の領収書の写し

備考
※１　夫婦の住所を記入してください
※２　単身赴任等により、夫婦が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください
※３　外国人にあたっては法律上の夫婦であることを証明する書類を提出してください
※４　婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係同様の事情にある場合は、その旨がわかるもの
申請者が本市に１年以上住所を有しない場合は、夫婦のうち本市に１年以上住所を有する者の住民票を添付してください