

岩沼市不妊検査費助成申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査費の助成を申請します。

また、岩沼市が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな			年 月 日生
	氏 名	(夫 ・ 妻)		(歳)
	現住所	〒 (-) 電話 ()		
配偶者	ふりがな			年 月 日生
	氏 名	(夫 ・ 妻)		(歳)
	現住所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	〒 (-) 電話 ()		
申請額	金		円 (助成上限額：30,000円)	
岩沼市長 殿 年 月 日 申請者氏名 (自署) _____ (口座名義人と同じ)				
振込先	金融機関名 <small>※申請者の口座を記入</small>	銀行・金庫 組合・農協 ()	本・支店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ 口座名義人 (申請者)	
	口座番号			(右詰め記入)
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目 (該当しない場合は助成の対象となりません。) <input type="checkbox"/> 過去に他の地方公共団体及び本市においてこの助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他の地方公共団体及び本市の他の事業による申請等を行っていない。 <input type="checkbox"/> 夫と妻の両方が検査を受けた。			

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますので御留意ください。

※必ず裏面も御確認ください (記入に係る注意事項について記載しています。)

【注意事項】

助成申請（回数）は、夫婦1組につき1回限りです。助成金申請後に受診した費用は、助成対象期間内（夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内）でも、再度助成することはできません。

※1 不妊検査費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号）の「助成対象となる検査に係る患者負担（領収）額」と助成金上限額（30,000円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

ただし、夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の不妊検査費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号）の「助成対象となる検査に係る患者負担（領収）額」と夫が受けた検査の領収書の金額を合算してください。

夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書1枚に記入してください。

※2 助成対象期間は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から起算して1年間です。