

薩摩川内市長 様

申請者 住 所  
氏 名

## 不妊治療費等助成申請書

薩摩川内市不妊治療費等助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

なお、助成申請に当たり、審査のため住民基本台帳等必要な資料を、薩摩川内市の職員が閲覧することを承諾します。

## 記

※太枠内をご記入ください。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日生 ( 歳)
妻		年 月 日生 ( 歳)
住所	電 話	
【鹿児島県不妊治療費助成事業申請の有無： 有 ・ 無 】		
給付を受けようとする助成額	(不妊治療費 円) (甑地域旅費等 円)	
交付決定年月日	年 月 日	

(添付書類)

- 1 不妊治療受診証明書
- 2 市税等の完納証明書(夫婦ともに必要)
- 3 保険証の写し(夫婦ともに必要)
- 4 不妊治療費領収書の写し
- 5 鹿児島県不妊治療費助成事業の申請をした方のみ  
鹿児島県不妊治療事業承認決定通知書及び受診等証明書の写し
- 6 甑地域の方のみ  
特定不妊治療及び一般不妊治療を受けるために要した甑各港と川内港間又は串木野新港間の船舶旅客運賃の領収書の写し並びに宿泊施設の領収書の写し