

合志市不妊治療費（先進医療）助成事業申請及び実績報告書

年 月 日

（あて先）合志市長

申請者

住所 合志市 _____

氏名 _____

（口座名義人と同一）

電話番号（ ） _____

合志市不妊治療費（先進医療）助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請し、併せて実績を報告します。

記

対象者	夫	妻
（フリガナ） 氏 名	（ ）	（ ）
生年月日	年 月 日生（ 歳 ）	年 月 日生（ 歳 ）
住 所 ※1	〒 _____ 電話番号（ ） _____	
先進医療に要した費用の合計額	円	
申請金額 （市の限度額といずれか低い額）	円	
過去の助成の有無	無・有 → （ ）回目 助成金を受けた自治体は（合志市・ _____ 県・市・町・村）	

※1 単身赴任等で申請者と異なる場所に住所を有する等、夫婦の住所が異なる場合等にご記入ください。

※2 申請期限は、治療を開始した日の属する月の初日から起算して1年以内です。

【添付書類】

- 1 合志市不妊治療費（先進医療）助成事業に関する同意書（様式第2号）
- 2 合志市不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書（様式第3号）
- 3 不妊治療（先進医療）に係る領収書
- 4 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- 5 住民票等の住所を確認できる書類
- 6 法律上の婚姻をしていない夫婦は、事実婚関係に関する申立書（様式第4号）及び3か月以内に取得した戸籍謄本