

四万十市不妊治療費等助成事業実施要綱第6条、第10条及び第14条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。

また、この申請の審査のために私及び配偶者の裏面に掲げる「確認事項」について四万十市が照会・確認をします。

該当する箇所に
し点を記入

(注) 太枠の中をご記入ください。

☒人工授精 ☐生殖補助医療 ☒交通費

申請者	夫	フリガナ氏名	シマント 四万十 太郎		生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇 歳)			
		住所地	〒 787 - 〇〇〇〇 四万十市〇〇 〇丁目〇番地		電話番号	〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇			
	妻	フリガナ氏名	シマント 四万十 花子		生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇 歳)			
		住所地	〒 787 - 〇〇〇〇 四万十市〇〇 〇丁目〇番地		電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
申請金額	①+②+③-④ 金 〇〇〇〇 円								
	(内訳)	① 人工授精	円						
		② 生殖補助医療	円						
		③ 交通費	円						
		④ 医療保険各法の規定による医療に関する給付額	円						
確認事項	今回の申請において、 ☒ 他の自治体において同一の助成を受けていない ☐ 他の自治体において同一の助成を受けている → () 市・町・村								
	☒ 四万十市が申請者の住民基本台帳を閲覧することに、同意する（添付書類のうち、2及び4の省略が可）								
振込先	(金融機関) 〇〇 銀行・信金・信組 〇〇 本店支店出張所 農協・労金								
	(預金種別)	(口座番号)	1	2	3	4	5	6	7
	普通 当座								
	(フリガナ)	シマント ハナコ							
	(口座名義人)	四万十 花子							

申請金額については、
金額が確定してから記入

※ 振込先の口座名義人は申請者のうちどちらか（夫又は妻）の個人名義に限ります。

※ この申請書は四万十市が交付決定した後に助成金の請求書として取り扱います。

〈裏面もご確認ください〉

市記入欄	申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日 (承認・不承認)
------	---------	-------	-------	----------------