

## 熊野市一般不妊治療（人工授精）費補助金の申請について

- 対象者条件 ①夫婦の所得の合計が400万未満の方  
②夫婦双方または一方が熊野市に居住していること  
③法律上の婚姻関係にある夫婦であること  
※ 平成27年度に治療をされた方からが対象です
- 助成内容 一般不妊治療(人工授精)の治療に要した費用対し2万円を上限に補助。  
但し、文書料、食事料、保険診療分は対象外。
- 治療内容 人工授精
- 助成回数 1年度あたり1回を限度に通算5回まで
- 必要書類 ①申請書  
②一般不妊治療費助成事業受診証明書  
③医療機関が発行する領収書  
④住民票（夫婦であることが証明できるもの）  
⑤夫婦の所得・課税証明書  
※ 振込口座が分かるもの、印鑑をご持参ください
- 申請期限 治療を開始した年度の翌年度末まで

問合せ先 熊野市 健康・長寿課 (0597) - 89 - 3111

様式第1号(第5条関係)

## 一般不妊治療費補助事業申請書兼請求書

年 月 日

熊野市長 様

熊野市一般不妊治療費補助事業による補助金の交付を受けたいので、熊野市一般不妊治療費補助事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、一般不妊治療費の補助を申請(請求)します。

申請者	ふりがな		昭和・平成		
	氏名	印	年	月	日生(歳)
	住所	〒 電話番号( ) 携帯( )			
配偶者	ふりがな		昭和・平成		
	氏名	印	年	月	日生(歳)
	住所	〒 電話番号( ) 携帯( )			
過去にこの補助金を受けたことがありますか。 ない・ある → 今年度の申請は( )回目					
申請額 金 _____ 円					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	( )	
	口座番号				(左詰記入)

注)太枠の中を記入してください。

(添付書類)

- 一般不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号→医療機関の証明書)
- 医療機関発行の領収書
- 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 (世帯全員の住民票など)
- 夫及び妻の所得額を証明する書類 (夫婦それぞれの控除額のわかる所得・課税証明書)

## 熊野市一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

印

### 医療機関記入欄 (主治医記載)

(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで		
治療費等	保険診療適用外本人負担額 円		
治療内容	人工授精		

### 備考

- 1 治療の証明書は医療機関で記載してもらってください。
- 2 治療費等の欄は、人工授精の治療に要した費用のうち、保険適用外の本人負担額を記載してください。