

様式第1号

宮崎県不育症治療費助成金給付申請書

宮崎県知事 殿 年 月 日  
(申請者)  
住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

宮崎県不育症治療費助成金給付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

区分	夫	妻
ふりがな 氏名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
住所 電話番号	〒 _____ _____	〒 _____ _____
給付を受けようとする助成金の額		円

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			
給付決定額			円

注1) 太枠内をご記入ください。

注2) 助成の適正を判断するために必要に応じて、宮崎県以外の地方公共団体へ当該助成金に係る情報の照会・提供、医療機関へ治療内容等の照会を行いますのでご承知ください。  
なお、情報の取扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。

- (添付書類) 1 宮崎県不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)  
2 医療機関発行の領収書  
3 宮崎県内の市町村に住所を有することを証明できる書類  
住民票(夫婦の氏名、続柄が確認できるもの)  
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  
(住民票で夫婦の氏名及び続柄が確認できれば不要)  
5 夫及び妻の所得額を証明する書類  
所得証明書(児童手当用:市町村発行)  
6 妻の健康保険証の写し  
7 高額療養費及び保険者から付加給付等があった場合はその通知書の写し

※ 今年度2回目以降の申請において、住所の異動、所得の変動等がない場合には、添付書類3、4、5、6は省略することができます。