

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝来市長 様

申請者氏名

朝来市不育症治療費助成金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、この申請に係る審査のために、市が以下のことを行うことに同意します。

- (1) 戸籍及び住民票の確認をすること。
- (2) 市税等市の徴収金の納付状況の確認をすること。
- (3) 他の自治体における同様の助成の交付の有無の確認をすること。
- (4) 医療機関及び薬局に対し検査又は治療の内容の確認を行うこと。
- (5) 不育症の治療等の結果について医療機関等に照会すること及びその結果を兵庫県に報告すること。
- (6) 兵庫県に対し、不育症治療の助成状況及びその効果に関して、個人を特定できる情報を消去した上で、報告を行うこと。

記

		( ふ り が な ) 氏 名		生 年 月 日	
対象者	夫	( )		年 月 日 ( 歳)	
	妻	( )		年 月 日 ( 歳)	
	住所 (※1)	〒 朝来市		電話 ( ) <small>メールアドレス</small>	
	住所 (※1)	〒 朝来市		電話 ( ) <small>メールアドレス</small>	
申請金額				円	
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領に関する権限を委任します。					
振込先	金融機関名			支店等名	
	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)
申請受理年月日		年 月 日		(交付・不交付) 決定年月日	
受給者番号					

注1) 太枠の中を御記入ください。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめ御確認ください。

※1: 夫婦それぞれの住所を御記入ください。

(添付書類)

- (1) 不育症治療費助成金に係る受診等証明書（様式第2号）
- (2) 不育症治療費助成金に係る受診等証明書（薬局用）（様式第3号）
- (3) 領収書（受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの）

