

一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

窓口に提出する日を記入

年 月 日

朝来市長 様

朝来市一般不妊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、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種の助成金の交付の有無の確認をすること。

記

区分		ふりがな 氏名		生年月日		電話番号	
申請者	夫 ※1	★自署すること★ 自署ができない場合は 妻、夫それぞれの押印 が必要です。		年 月 日 (歳)			
	妻 ※1			年 月 日 (歳)			
	夫 住所	〒 朝来市					
	妻 住所 ※2	〒 朝来市					
申請金額		※上限6万円(ただし、不妊治療へ)					
一般不妊治療	治療に要した 本人負担額	★金額は修正ができません★ 金額が誤っている場合、全て書き直しになります。 申請額が不明な場合は空けたまま窓口を持参くだ さい。窓口で確認後、書き入れていただきます。					
	助成申請額						
不妊治療 ペア検査	検査に要した 本人負担額						
	助成申請額	円(D) (C)×7/10(1円未満切捨て)					
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。 (申請者本人名義以外の口座には振り込みできません。)							
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協				本店・支店・出張所 本所・支所	
	預金種別	普通・当座					(左詰記入)
	ふりがな						
	口座名義人						
申請受理年月日		年 月 日		(交付・不交付) 決定年月日		年 月 日	
受給者番号							

注1) 太枠の中を記入してください。

注2) 申請期限、助成要件等をあらかじめ御確認ください。

※1 自署してください。

※2 妻が夫と異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。

(添付書類)

- (1) 一般不妊治療受診等証明書(医療機関用)(様式第2号)
- (2) 一般不妊治療受診等証明書(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)
- (4) 市内に住所を有する夫婦であることを証明する書類

受付印