

一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

窓口へ提出する日を記入
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	<b style="color: red;">★自署すること★</b> 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	<b style="color: red;">★金額は修正ができません★</b> 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へ持参ください。 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			
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  
 ※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  
 (添付書類)  
 (1) 一般不妊治療受診等証明書 ( )  
 (2) 一般不妊治療受診等証明書 ( )  
 (3) 領収書 (受診等証明書の領収  
 (4) 市内に住所を有する夫婦であ

医療機関または薬局等が記載した受診等証明書に記載されている領収期間、金額の領収書及び明細書を必ず添付してください。  
 証明書記載の金額と領収書の合計金額が異なる場合は、医療機関等へ内訳を確認していただく必要があります。