

米原市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

米原市長 様

米原市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

通算 年 月 日

申請者		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
	夫	()		昭和 平成	年 月 日生 (歳)
	妻	()		昭和 平成	年 月 日生 (歳)
	住所1(*1)	〒 米原市		連絡先 ()	
	住所2(*2)	〒		連絡先 ()	
申請金額	検査費・治療費の保険適用内：費用の1/2・上限額5万円 (1年度内) 円		検査費の保険適用外：上限額10万円(1年度内) 円		
過去に不育症治療の助成を受けたことがありますか ない・ある → 過去 () 回受けた 助成を受けた自治体は ()					
助成の適正を判断するため、以下の事項に同意します。 1 米原市以外の自治体に対して本申請に係る情報の照会および提供を行うこと。 2 医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。 3 住民基本台帳および市税等に関する公簿を閲覧すること。 氏 名 _____ 印 _____ 印 (夫および妻がそれぞれ記名押印)					
振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協		本店 支店 出張所 代理店	
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				(右詰記入)

注) *1 夫婦の住所を記入してください。

*2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

住所が異なる場合は単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。

添付書類 1. 米原市不育症治療等実施医療機関証明書

2. 院外処方がある場合は、領収書および調剤明細書

その他必要書類 1. 婚姻関係を証明する書類 (夫婦が同一世帯でない場合のみ)

2. 夫および妻の所得額を証明する書類 (1月1日時点において米原市に住民票がない人のみ)

3. 夫および妻の市税等の完納を証明する書類 (米原市に住民票がない人のみ)

4. 夫および妻の健康保険証の写し

5. 振込口座の通帳の写し