

四万十市不妊治療費等助成事業申請書兼請求書

令和〇年 〇月 〇日

四万十市長 様

四万十市不妊治療費等助成事業実施要綱第6条及び第10条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。  
また、この申請の審査のために私及び配偶者の裏面に掲げる「確認事項」について四万十市が照会・確認することに同意します。

記

(注) 太枠の中をご記入ください。

申請者	夫	フリガナ氏名	シマント タロウ 四万十 太郎	生年月日	〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療等					
		住所	〒787-〇〇〇〇 四万十市 〇〇 〇〇番地			電話番号	〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇				
	妻	フリガナ氏名	シマント ハナコ 四万十 花子	生年月日	〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇歳)						
		住所	〒787-〇〇〇〇 四万十市 〇〇 〇〇番地			電話番号	〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇				
申請金額	①+②-③ 金 円										
	(内訳)	① 人工授精		円							
		② 特定不妊治療等		円							
③ 医療保険各法の規定による医療に関する給付額		円									
確認事項	今回の申請において、 <input checked="" type="checkbox"/> 他の自治体において同一の助成を受けていない <input type="checkbox"/> 他の自治体において同一の助成を受けている → ( ) 市・町・村										
	<input checked="" type="checkbox"/> 四万十市が申請者の住民基本台帳を閲覧することに、同意する（添付書類のうち、3の省略が可）										
振込先	(金融機関)		四万十	銀行・信金・信組 農協・労金	中村				本店 支店 出張所		
	(預金種別)	普通	当座	(口座番号)	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ)	シマント ハナコ									
	(口座名義人)	四万十 花子									

※ 振込先の口座名義人は申請者のうちどちらか（夫又は妻）の個人名義に限ります。  
※ この申請書は四万十市が交付決定した後に助成金の請求書として取り扱います。

〈裏面もご確認ください〉

市記入欄	申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日 (承認・不承認)
------	---------	-------	-------	----------------

(裏面)

【添付書類 1. 四万十市不妊治療費等助成事業医療機関等証明書（様式第2号）

注）保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書を併せて提出してください。

2. 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（1か月以内に発行されたもの）  
ただし、事実婚の場合は、両人の戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書（様式第3号）  
注）特定不妊治療等に要する費用の助成を申請する場合は提出不要です。
3. 住民票など住所を確認できるもの（ただし、住民票上の住所が四万十市にある者で、市長が申請者の住民基本台帳を閲覧することに同意した者については、省略可）。
4. 不妊治療等に要した費用の領収書及び明細書（高知県が実施する高知県特定不妊治療支援事業のため原本を提出する場合は、写しを提出すること。）
5. 高知県知事から通知された「高知県特定不妊治療支援事業承認決定通知書」の写し  
注）人工授精に要する費用の助成を申請する場合は不要です。
6. その他市長が必要と認める書類

<確認すべき事項について>

この助成は、公正な助成を行うため、一夫婦あたりの助成額の上限が決められています。

高知県内より転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認  
することがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

【確認事項】

- 1 不妊治療費等助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
- 2 不妊治療費等助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本市に照会があった時に、これに回答すること。
- 3 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- 4 本申請の審査に係る関係機関へ照会すること。