

西都市長 様

(申請者)
 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

西都市一般不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書

西都市一般不妊治療費等助成金の交付を受けたいので、西都市一般不妊治療費等助成金交付要綱第7条の規定により申請（請求）します。なお、この申請に係る一般不妊治療等について、他の市町村の助成は受けません。

注) 太枠の中をご記入ください。

区 分		夫	妻
(ふりがな) 氏 名		()	()
生年月日		年 月 日	年 月 日
住所(※1)		〒 西都市	電話 ()
住所(※2) 夫・妻		〒	電話 ()
事実婚に該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 私たちは事実婚関係にあることを申し立てます。	
加入健康保険	夫	【保険者名称】() 【保険者番号】() 【記号・番号】() 【被保険者名】() 【区分】本人・被扶養者	
	妻	【保険者名称】() 【保険者番号】() 【記号・番号】() 【被保険者名】() 【区分】本人・被扶養者	
高額療養費の適用(有・無)			
※有の場合のみ記入 ・今回の治療について医療機関で限度額認定証またはマイナ保険証提示の有無 (有・無) →「無」の場合はいずれかを提出 <input type="checkbox"/> 限度額認定証(写) <input type="checkbox"/> 高額療養費決定通知書 <input type="checkbox"/> その他			
付加給付(有・無)			
「有」の場合はいずれかを提出 <input type="checkbox"/> 付加給付決定通知書 <input type="checkbox"/> 振込金額が分かるもの(通帳の写しなど)			
申請(請求)額		円	
振込先 (申請者名義)	金融機関	銀行・金庫 信金・農協 本店・支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人 ()
	口座番号		(左詰記入)

※1 夫婦の住所を記入する。
 ※2 単身赴任等で夫婦の住所が異なる際にご記入ください。

(本人確認書類) マイナンバーカード 免許証 その他 ()

(添付書類) 一般不妊治療等受診等証明書

医療機関等発行の領収書又はその写し

市税完納証明書

戸籍謄本

夫婦それぞれの戸籍謄本 (事実婚の場合)

限度額認定証の写、高額療養費その他給付金の決定額が確認できる書類
(該当者のみ)

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し

【同意事項】

この申請に係る夫婦の住所及び続柄について、夫婦の属する世帯の住民基本台帳により確認されることに同意します。

助成の適正を判断するために必要に応じて、西都市以外の自治体へこの申請書の内容に係る情報の照会若しくは提供又は医療機関へ治療内容の照会を行うことに同意します。

◀以下、市記入欄▶

申請受理年月日		交付決定 (却下) 年月日	
受給者番号		住 民 確 認	<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> (夫・妻) のみ
交 付 申 請 額	円 (不妊検査 円) (一般不妊治療 円)		
交 付 決 定 額	円 (不妊検査 円) (一般不妊治療 円)		