

竹原市不育症治療費等助成事業申請書兼請求書

年 月 日

竹 原 市 長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり不育症検査費・不育症治療費の助成を申請し、承諾を受けた場合は、次の口座に振り込んでいただくよう請求します。

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|---|-----------------|------------|-------------------|---------|--|-------|--------|
| | | (ふりがな) 氏名 | | 生年月日 | | | | | |
| 助成対象者 | 夫 | | | 年 月 日 (歳) | | | | | |
| | 妻 | | | 年 月 日 (歳) | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | 電話 () | | | | | |
| | 住所 (※1) | 〒 | | 電話 () | | | | | |
| | 婚姻関係 | <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 | | | | | | | |
| 助成申請額 | | _____ 円 | | | | | | | |
| 不育症治療費等に係る他の地方公共団体等の助成(申請予定がある場合を含む。) | | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 自治体名 () | | | | | | | |
| 振込先 (※2) | 金融機関名 | 銀行・金庫 組合・農協 | | | 店 所 | 金融機関コード | | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 | (ふりがな) 口座名義人 | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | (左詰記入) |
| 申請受理年月日 | | | | | (承認・不承認) 決定年月日 | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | |

※1 申請者とその配偶者の住所が異なる場合に記入してください。

【同意事項】 各項目をよくお読みになり、チェック欄 (□) に『✓』を入れてください。

関係各課に当該申請に要する夫婦の世帯状況、納税等の状況について調査・確認することに同意します。

必要な場合は、受診した医療機関へ照会することに同意します。

【添付書類】

- 竹原市不育症治療費等助成事業申請に係る証明書 (医療機関による証明書)
- 申請者名義の振込先口座の写し (口座番号・口座名義人・銀行本支店コード等が記載されたページ)
- 医療機関発行の領収書 (明細書含む。)
- 必要に応じて
 - 住所を確認できる書類 (発行から3か月以内の住民票等)
 - 婚姻関係であることを証明できる書類 (戸籍謄本等)
 - (他の地方公共団体から受けた場合のみ) 不育症治療等の助成額を確認できる書類
 - (事実婚である場合のみ) 事実婚関係に関する申立書