

別記様式第1号（第6条関係）

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