様式第2号（第4条関係）

由利本荘市一般不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年　　月　　日

（あて先）由利本荘市長

関係書類を添えて一般不妊治療費の助成を申請・請求します。

申請・請求者	ふりがな		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
	氏　名			
	住　所	〒	電話番号	
配偶者	ふりがな		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
	氏　名			
	住所（※1）	〒	電話番号	
過去の助成の有無（該当する箇所をご記入ください）	今年度、当助成事業を申請したことがありますか。 な い　・　ある（前回助成時期　　年　　月） （前回助成金額　　円）			

※1　夫婦の住所が異なる場合に記入してください。住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。

助成金申請・請求額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円（第4条に定める額）

金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本　店 支　店 出張所
預金種別	普通 当座	（ふりがな） 口座名義人	
口座番号			

※ゆうちょ銀行を指定の場合、通帳に振込用店名・口座番号が印字されているか確認のうえ、通帳をご持参ください。
郵送の場合は、上記を確認のうえ、通帳の見開き（最初のページ）をコピーして同封してください。

【誓約・同意事項】 該当する項目に☑を入れてください。

本申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、由利本荘市が必要と認める場合は調査を行うことに同意しますか。	□は　い　　□いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	□は　い　　□いいえ

（添付書類）　□1．一般不妊治療・検査受診等証明書

□2．夫婦の住所を確認できる書類（住民票）※1

□3．薬局発行の領収書（該当者のみ）

□4．治療者の健康保険の資格情報がわかるもの、いずれか1つ。※2

　□保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」

　□マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」

□5．限度額適用認定証の情報がわかるもの、いずれか1つ（該当者のみ）。

　□限度額適用認定証の写し

　□適用区分が記載された「資格確認書」

□6．高額療養費、付加（附加）給付金の決定額が確認できる書類（該当者のみ）。

※1　夫婦で住所が別の場合は、それぞれの住民票に加えて戸籍謄本も添付してください（事実婚を除く）。

※2　個人番号カードの写しを添付書類として提出しないでください。