

由利本荘市不育症治療費助成事業申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先)由利本荘市長

関係書類を添えて不育症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はいいです。

助成金申請・請求額 _____ 円 (第4条に定める額)

金融機関名	銀行		本店
	信用金庫		支店
預金種別	普通	(ふりがな)	
	当座	口座名義人	
口座番号			

※郵貯銀行を指定の場合、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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

- (添付書類)
1. 不育症治療・検査受診等証明書
2. 夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本)
3. 夫婦の住所を確認できる書類(住民票)
4. 薬局発行の領収書
5. 治療を受けた方の健康保険証の写し
6. 限度額適用認定証の写し(所持している方のみ)
7. 高額療養費、付加(附加)給付金の決定額が確認できる書類(該当の方のみ)