

四国中央市不育症治療助成金交付申請書

申請日を記入

夫婦双方が市内に在住の場合は、申請者はどちらでも可。ただし、夫が市外に在住の場合は妻を申請者（請求者）としてください。

申請者と請求者（様式第6号）は同一でお願いします。

年 月 日

住所

氏名

電話番号

日中連絡のつく電話番号を記載してください

助成を受けたいので、四国中央市不育症治療助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	ふりがな 妻の氏名	しこく たろう 四国 太郎	生年月日	S63年1月1日(35歳)
	加入医療保険	【種別】国保・ 健保 ・船員・共済・その他（ ） 【保険者番号】99999999 【被保険者証の記号及び番号】21700023 1 【区分】 本人 ・ 被扶養者		
	ふりがな 夫の氏名	しこく はなこ 四国 花子	生年月日	S63年1月11日(35歳)
	加入医療保険	【種別】国保・ 健保 ・船員・共済・その他（ ） 【保険者番号】99999999 【被保険者証の記号及び番号】21700023 1 【区分】 本人 ・ 被扶養者		
	住所1	四国中央市三島宮川4-6-55		
	住所2	こちらは、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。		
交付申請額	_____ 円			

備考

1 住所2は、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

2 次に掲げる書類を添付してください。

(1) 四国中央市不育症治療助成事業受診等証明書（様式第2号）

(2) 不育症治療に要した費用を証する書類

(3) 夫婦の戸籍謄本

(4) 夫婦の住民票の写し

(5) 事実上の婚姻関係に関する申立書（様式第3号）（事実上の婚姻関係にある夫婦に限る。）

(6) 夫婦の市税の滞納がないことを証する書類

(7) 市長が必要と認める書類

空欄でOK

(裏)

誓約次項

他の自治体で、不育症の治療に係る助成を受けていないこと。

同意事項

- 1 助成金の交付に係る条件を審査するため、市が公簿等で確認を行うこと。なお、公簿等で確認を行うことができない場合は、市長の求めに応じ、関係書類を提出すること。
- 2 不育症の治療に係る助成状況について、他の自治体に確認すること。

申請日と同じ日付を記載

年 月 日

田国中央市長 様

誓約事項及び同意事項について確認の上、誓約及び同意します。

申請者氏名
(自署又は記名押印)

申請者の自署をお願いします。自署の場合は、押印不要です。
自署が難しい場合は、申請者氏名と押印をお願いします。

誓約次項を申請者にご確認ください。
同意事項についても確認いただき、同意していただけるようなら、枠内に日付、署名を記入してもらってください。