

四国中央市不妊治療助成金交付申請書

年 月 日

四国中央市長 様

住所

氏名

電話番号

助成を受けたいので、四国中央市不妊治療助成事業実施要綱第 8 条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

妻の氏名		生年月日	年 月 日（ 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 被保険者の記号及び番号 区分 本人・被扶養者		
夫の氏名		生年月日	年 月 日（ 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 被保険者の記号及び番号 区分 本人・被扶養者		
住所 1			
住所 2			
婚姻年月日	年 月 日		
交付申請額	円		
過去に市で不妊治療の助成を受けた後の出産の有無	☐ 有 ☐ 無		

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) 四国中央市不妊治療助成事業受診等証明書（保険診療用）（様式第 2 号）又は四国中央市不妊治療助成事業受診等証明書（混合診療用）（様式第 3 号）
 - (2) 四国中央市不妊治療助成事業等調剤証明書（様式第 4 号）（先進治療を用いた治療を受けた場合に限り。）
 - (3) 領収書その他の特定不妊治療に要した費用を確認できる書類
 - (4) 夫婦の戸籍謄本
 - (5) 夫婦の住民票の写し
 - (6) 事実上の婚姻関係に関する申立書（様式第 5 号）（事実上の婚姻関係にある者に限り。）
 - (7) 夫婦の市税の滞納がないことを証する書類
 - (8) 市長が必要と認める書類

(裏)

誓約事項

他の自治体において不妊症治療に係る助成を受けていない又は受ける予定がないこと。

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 不妊症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。

年 月 日

四国中央市長 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。

夫
妻
(自署又は記名押印)