

四国中央市不育症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	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			
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) 夫婦であることを証する書類（事実婚の夫婦にあつては、双方の戸籍謄本）
 - (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）
 - (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

(裏)

誓約事項

他の自治体において不育症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 申請内容を審査するため、他の自治体及び医療機関に確認すること。

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)