

日付は空欄で

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 はなこ 四国 花子	生年月日	S63年1月1日(36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 被保険者の記号及び番号 21700023 区分 本人 ・被扶養者		
	ふりがな 夫の氏名	しこく たろう 四国 太郎	生年月日	S63年1月11日(36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 被保険者の記号及び番号 21700023 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

- 住所2は、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
- 次に掲げる書類を添付してください。

空欄でOK

- (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 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。

署名した日を記入してください。

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)

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。