

近江八幡市特定不妊治療費(先進医療)助成事業 申請書

近江八幡市長 宛 年 月 日
近江八幡市特定不妊治療費(先進医療)助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費(先進医療)の助成金を申請します。

また、本申請の内容について、近江八幡市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、市税の納付状況を確認すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること及び治療状況に関して実施医療機関に照会することについて、同意します。

		申請者		配偶者		備考
申請者及び配偶者の氏名及び住所	フリガナ	オウミ タロウ		オウミ ハナコ		事実婚の方は ☒ ☐ ☑される場合、第3号様式（事実婚の申立書）が必要です。
	氏名	近江 太郎		近江 花子		
	生年月日	平成元年1月1日		平成2年2月2日		
	電話番号	098-7654-3210		098-8765-4321		※申請者と異なる場合のみ
	申請者住所	〒 ー 近江八幡市 近江八幡市民になる前の申請や、配偶者が住所を置いている自治体で申請しているかの有無、「はい」の場合はその回数を記入してください。				
	配偶者住所	〒 ー				
申請状況	① 過去にこの助成金と同様の助成を、他の自治体等で受けたことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい ⇒ 助成回数()回 自治体名() ② 今回申請を行う助成対象の治療について、別の自治体等で助成を受けていますか。 ☐ いいえ ☐ はい					
助成対象の治療金額	1回の治療につき、先進医療部分のみに 合計 ー 円 ※「受診等証明書」に記載された金額を記入					
申請金額	(↓ 申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください ↓) 申請者氏名 ー 配偶者氏名 ー 上記治療金額と限度額(5万円)を比較し、金額の低い方 ー 円 金額はあけておいてください					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店・出張所名	振込口座は申請者と同じ方の名義の通帳をご記載ください	
	預金種別	普通 当 座		口座名義(カタカナ)		
	口座番号					申請時に必要書類を添えて提出してください。 郵送でも申請を受け付けますが、不備があった場合、電話連絡することがあります。 申請日（郵送の場合到着日）から1～2か月後の振り込みとなります。振り込みが決定した際は「決定通知書」を送付します。

注1)太線の中を記入してください。
注2)訂正は「＝(二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。
ただし、申請金額の訂正はできませんので、注意してください。
(添付書類)

- 1. 近江八幡市特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 2. 近江八幡市に住所を有することを証明する書類(住民票・運転免許証・マイナンバーカード等)(夫婦で住民票が異なる場合、両人の住民票)
- 3. 医療機関が発行した領収書及び明細書(助成対象治療が含まれているもの)
- 4. 振込先の通帳の写し
- 5. 夫婦であることを証する書類(戸籍謄本・6か月以内)※実施医療機関で確認が出来ている場合は不要
- 6. 事実婚関係にある夫婦については、事実婚関係に関する申立書(様式第3号)