

別記様式第1号（第6条関係）

近江八幡市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

近江八幡市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。ついては、本申請の内容について滋賀県及び他の地方公共団体に照会すること並びに不育症治療等実施医療機関等証明書の内容を医療機関に照会することについて承認します。また、市税の納付状況を確認することに同意します。

申請者	(ふりがな) 名 前	生年月日	住 所
	(署名又は記名押印)	年 月 日	近江八幡市 町 電話 ()
過去にこの不育症治療費の助成金を受けたことがありますか。			
ない ・ ある → ① () 年度 () 回 自治体名 ()			
② () 年度 () 回 自治体名 ()			
③ () 年度 () 回 自治体名 ()			
④ () 年度 () 回 自治体名 ()			
申請金額 _____ 円		申請年数：通算 _____ 年目	

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日		受給者番号	
---------	--	----------------	--	-------	--

.....(キリトリ線).....

近江八幡市不育症治療費助成金請求書

年 月 日

金 _____ 円

次のとおり、不育症治療費の助成を請求します。

請求者	住 所	近江八幡市 町			
	氏 名				
	連絡先				
振 込 先	金融機関	銀行・信用金庫・農協			本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座		(ふりがな) ()	
	口座番号	口座名義人		(右詰記入)	

近江八幡市長 宛

(注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

- 1 不育症治療等実施医療機関等証明書
 - 2 不育症治療等実施医療機関等の発行する領収書
 - 3 婚姻関係又は事実婚関係に関する申立書（夫婦染色体検査等夫に係る検査及び治療を実施した場合に限る。）
 - 4 滋賀県不育症検査費用助成検査受検証明書の写し（滋賀県不育症検査費用助成事業を受けた場合に限る。）
 - 5 滋賀県不育症検査費用助成金承認決定通知書の写し（滋賀県不育症検査費用助成事業を受けた場合に限る。）
 - 6 振込先の通帳の写し
- 上記（3～5）の書類は、必要がないため、省略します。