別　記

様式第１号(第６条関係)

年　　月　　日

彦根市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

不育症治療に係る助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

	(ふ　り　が　な) 氏　　名	生　年　月　日
夫		年　　月　　日(　　歳)
妻		年　　月　　日(　　歳)
住所１	〒 電話　　(　　)	
住所２	〒 電話　　(　　)	

１　過去にこの助成金を受けたことがありますか。　　ない　・　ある(　　)回

２　今回の助成対象となる費用について、滋賀県に申請しましたか。

申請していない　・　申請した

彦根市長　　様

申請者氏名(夫および妻の記名)

申請金額

円(保険適用内)　　円(保険適用外)

(１年度当たり 50,000 円上限)　　(１年度当たり 100,000 円上限)

助成の適否を判断するために必要な場合に、彦根市が彦根市以外の自治体に対してこの申請に係る情報の照会および提供を行うこと、ならびに指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと、住民基本台帳および市税等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

口座振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協					本店(所) 支店(所) 出張所			
	預金種別	普　通 ・ 当　座	(ふりがな) 口座名義人							
	口座番号									(右詰記入)

注１　太枠の中を記入してください。

２　住所１欄は、夫婦の住所を記入してください。

３　住所２欄は、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(添付書類)　１　不育症治療等実施医療機関証明書

２　医療機関発行の領収書および明細書の写し(院外処方がある場合は、その領収書の写し)

３　夫婦それぞれの健康保険証の写し

４　夫婦それぞれの市税等の完納を証明する書類(１月１日時点において彦根市に住民票がない人のみ)

５　滋賀県不育症検査費用助成検査受検証明書の写し(県要綱による助成を受けた場合に限る。)

６　滋賀県不育症検査費用助成承認決定通知書の写し(県要綱による助成を受けた場合に限る。)

７　事実婚関係に関する申立書