

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 ()					通知書の送付先の場合は○ ()	
住所2	〒	電話 ()					通知書の送付先の場合は○ ()	
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(夫および妻の署名または記名押印)								

申請金額								
保険適用内 _____ 円(申請年度当たり 50,000 円上限)								
保険適用外 _____ 円(申請年度当たり 100,000 円上限)								
申請の内容の確認のため、必要に応じて、彦根市が他の地方公共団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、指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うことならびに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、単身赴任その他の理由により夫婦の住所が異なる場合に記入してください。この場合においては、通知書の送付先に○を付けた住所に通知書を送付します。

(添付書類)

- 1 不育症治療等実施医療機関証明書(別記様式第2号)
- 2 医療機関が発行する検査および治療に係る領収書および明細書(検査および治療の内容が分かるものに限

る。)の写し

- 3 院外処方がある場合は、その領収書の写し
- 4 夫婦(交付申請日の属する年度の前年度の1月1日において本市に住民登録を有する者を除く。)それぞれの市町村民税の完納を証する書類
- 5 夫婦それぞれの健康保険証の写し
- 6 滋賀県から同様の趣旨の助成金等の交付を受ける場合は、その額が分かる書類の写し
- 7 夫婦が婚姻の届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合は、事実上の婚姻関係に関する申立書(別記様式第3号)
- 8 その他市長が必要と認める書類