

別 記

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

彦根市特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

特定不妊治療に係る助成を受けたいので、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 ()						
申請額	特定不妊治療費申請額①(男性不妊治療分を除く。)		_____					円
	男性不妊治療費申請額②		_____					円
	申請額合計(①+②)		_____					円
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去()回受けた 助成金を受けた自治体は()								
彦根市長 様 申請者氏名(夫および妻が記名) _____ _____								
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 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し
 - 2 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
 - 3 医療機関発行の領収書の写し
 - 4 夫婦それぞれの市民税納税証明書(6箇月以内に発行されたもの)