様式第１号(第６条関係)

村上市不育症治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

(宛先)　村上市長

　村上市不育症治療費助成金交付要綱により助成を受けたいので、第６条に規定する書類を添えて申請します。

なお、この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳及び納税状況を確認し、又は必要に応じて他の自治体に情報を照会し、若しくは提供すること及び保険医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者１ | フリガナ | 　 | 生年月日 |
| 氏名 | ㊞　　 | 　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒　　－ |
| 申請者２ | フリガナ | 　 | 生年月日 |
| 氏名 | ㊞　　 | 　　年　　月　　日 |
| 住　所 | □上記住所と同じ〒　　　－ |
| 平日日中の連絡先 | 電話　　　　―　　　　― | 申請者１・２ | 自宅・職場・携帯 |
| 本申請に対し、県等の助成申請の有無 | 　有　・　無　　　　　　 |
| 　申請額　　　　　　　　　　円 | 不育症治療に要した費用の2／3の金額(ただし、100,000円を超える場合は、100,000円となります)※検査・治療に要した費用は含みますが、入院費・食事代・文書料・消費税は含みません。 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫・農協信組・漁連　　　　　 | 本店・本所支店・支所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

　添付書類　　　　　　　　　　　　＊振込先は、申請者どちらかの名義の金融機関をご記入ください。

1. 保険医療機関等証明書(別紙１)
2. 不育症治療等を受けた保険医療機関等の発行する領収書及び診療明細書の写し
3. 事実婚の場合は、申請者の戸籍の全部事項証明書又は戸籍謄本（該当者のみ）
4. 事実婚の場合は、申請者の住民票及び事実婚関係に関する申立書（別紙２）（該当者のみ）
5. 新潟県不育症検査費用助成を受けた場合は、不育症検査費用助成検査受検証明書の写し（該当者のみ）
6. 新潟県不育症検査費用助成を受けた場合は、決定通知書の写し （該当者のみ）

【担当課　記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 | 　 | (承認・不承認)決定年月日 | 　 |
| 助成金額 | 　 | 受給者番号 | 　 |
| 今回の治療期間 | ～ |
| 　市税等滞納の有無 | 有・無 | ある場合は、その状況 |