

様式第 1 号（第 6 条関係）

西条市妊娠前検査費補助金交付申請書兼同意書

西条市妊娠前検査費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に関し申請内容の確認のため医療機関等へ照会・情報提供すること、並びに住所及び市税等に関する調査をすることについて同意します。

記

(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
夫	()	年 月 日 (歳) ※ 1	
妻	()	年 月 日 (歳) ※ 1	
電話番号	夫	妻	
夫の住所			
妻の住所 (夫と同じ場合住所省略可)			
補助状況	☐ 今回申請する検査の費用について、他の自治体等による補助金等の交付を受けていません。		
申請額※ 2	金 円 (補助限度額：30,000 円)		
同意書 ※自署 氏名 (夫) _____ (妻) _____ 年 月 日 西条市長 殿			

<添付書類>

- 1 西条市妊娠前検査費補助金受診等証明書（様式第 2 号）
- 2 医療機関が発行する領収書（不妊検査分）
- 3 戸籍謄本（世帯が異なる夫婦の場合に限る。）

<注意事項>

補助回数は、夫婦 1 組につき 1 回限りです。補助金申請後に受診した費用は、補助対象期間内（夫婦のいずれか早い方の検査開始日から起算して 1 年以内）でも補助金の交付を受けることはできません。

例) 夫：令和 5 年 4 月 1 日検査 妻：令和 5 年 5 月 1 日検査

⇒ 補助対象期間：令和 5 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 3 1 日まで

※ 1 検査開始時点の年齢を記入してください。

※ 2 証明書の「患者負担額」と補助限度金額（30,000 円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。