

様式第 1 号（第 6 条関係）

西条市不育症治療費補助金交付申請書兼同意書

西条市不育症治療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、薬局等及び他の地方公共団体等に照会・情報提供し、並びに住所及び市民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)
妻	()	年 月 日 (歳)
夫の住所	電話 ()	
妻の住所 (夫と同じ場合住所省略可)	電話 ()	
補助状況	☐ 今回申請する不育症治療に係る費用について、国又は他の地方公共団体等による補助金等の交付を受けていません。	
申請額 ※ 1	金 _____ 円 (補助限度額: 50,000円)	治療費等の合計金額 _____ 円 (内訳) 医療機関支払い分 _____ 円 薬 局 支 払 い 分 _____ 円
同意書 ※ 2		
氏名 (夫) _____ (妻) _____ (自署) (自署)		
年 月 日 西条市長 殿		

<添付書類>

- 1 西条市不育症治療費補助金受診等証明書（様式第 2 号）
- 2 事実婚による婚姻関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第 3 号）
- 3 院外処方がある場合は、薬剤内訳書（西条市不育症治療費補助金）（様式第 4 号）
- 4 保険医療機関等が発行する領収書及び明細書
- 5 医療保険各法の規定による資格確認証等の写し
- 6 世帯が異なる夫婦の場合は、戸籍謄本（発行後 3 か月以内のもの。事実上の婚姻関係にある夫婦を除く。）

<注意事項>

- ※ 1 治療費等の合計金額と補助限度額（50,000円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。
- ※ 2 同意書欄の氏名は、夫・妻それぞれが自署してください。