

(おもて)

様式第1号 (第6条関係)

寒河江市不育症治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

寒河江市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

寒河江市不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成額決定に当たって、夫婦の住民記録の調査及び本申請内容について、他の地方公共団体に照会すること及び不育症治療助成事業受診等証明書の内容を医療機関等に照会することについて同意します。

	夫				妻			
(ふりがな) 氏名	( )				( )			
生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)				昭和 平成 年 月 日 ( 歳)			
住所 ※1	〒 電話 ( )				〒 電話 ( )			
決定通知書等送付先※2								
助成申請額	金 _____ 円 前回申請 年 _____ 円 ※3							
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 本店 支店 出張所						
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	(申請者と同一)				
	口座番号							(左詰で記入してください)
受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	受給者番号				

(注) 太枠の中を記入してください。

※1 夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。

※2 特別な事情で申請者の住所以外の住所に決定通知書の送付を希望する場合は、ご記入ください。

※3 年度内に受けられた助成額は、全て記入してください。

【添付書類】

- 1 寒河江市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書 (様式第2号)
- 2 寒河江市不育症治療費助成事業受診等証明書 (薬局用) (様式第3号)
- 3 医療機関等が発行する不育症治療に係る領収書及び明細書の写し
- 4 申請者名義の通帳の写し
- 5 保険証の写し

**【寒河江市不育症治療費助成事業に関する確認事項】**

- 1 夫婦の所得状況及び市税等情報の閲覧、確認に関すること。
- 2 治療状況等について医療機関、調剤薬局等に照会すること。
- 3 健康保険組合等の規約等により支給される不育症に関する任意の給付（付加給付）等について、保険者に照会すること。なお、支給を受けたことが申請以降に確認できた場合は、助成金の返還を命じます。
- 4 不育症治療費助成事業の助成金交付状況について、寒河江市が他の自治体へ照会すること。
- 5 不育症治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から寒河江市に照会があった時、これに回答すること。

以上の事項について、助成金の交付に際し、市が確認等を行うことに同意します。

申請者氏名（署名）

配偶者氏名（署名）