

様式第1号(第6条第1項関係)

草津市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

草津市長 宛

住所 \_\_\_\_\_  
申請者兼請求者 \_\_\_\_\_ 印

草津市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請し、請求します。

また、必要な場合は、医療機関に照会することに同意します。

記

	(ふりがな) 名 前	生 年 月 日	住 所
申請者		年 月 日	〒 電話 ( )
配偶者 (事実婚 含む。)		年 月 日	〒 電話 ( )
申請金額		(1年度当たり300,000円上限)	
.....円		申請年数：通算 _____ 年目	
振 込 先	金融機関	銀行 金庫 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
	口座番号		(右詰記入)

(注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

- 1 不育症治療等実施医療機関等証明書
- 2 不育症治療等実施医療機関等の発行する領収書
- 3 婚姻関係または事実婚関係に関する申立書(別記様式第5号)
- 4 申請者および配偶者(事実婚含む。)それぞれの市税等の完納を証明する書類
- 5 滋賀県不育症検査費用助成検査受検証明書の写し(県要綱による助成を受けた場合に限る。)
- 6 滋賀県不育症検査費用助成金承認決定通知書の写し(県要綱による助成を受けた場合に限る。)
- 7 振込先通帳の写し
- 8 個人番号届出書(別記様式第3号)

□上記(3・4・7)の書類は、既に提出したものと同一ですので省略します。

### 誓約および同意書

本申請書において助成金の交付を申請する不育症治療について、他の市区町村で本助成金と同様の趣旨による助成金その他の給付を受けていないことを誓約します。

また、本申請のために、子育て相談センター所長が私の住民登録の状況を閲覧することを承諾します。

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

配偶者（事実婚含む。）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

### ○承諾書

（本申請の治療開始日から申請日または申請年度において、草津市外に住所を有する場合のみ記入してください。）

①草津市不育症治療費助成金交付の可否決定に伴い、他市区町村(当該他市区町村を包括する都道府県を含む。)におけるこの助成金と同様の趣旨による給付の有無の確認が必要となるときには、市長が当該他市区町村へ照会し、当該他市区町村から回答を得ることを承諾します。

	本申請の治療開始日から申請日または申請年度における住所地
申請者	1)
	2)
	3)
配偶者 (事実婚含む。)	1)
	2)
	3)

年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

配偶者 氏名 \_\_\_\_\_

(事実婚含む。)