

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 様

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
夫	印	昭和 平成 年 月 日	〒 電話 ( )
妻	印	昭和 平成 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 申請日において発行日から3か月以内の、法律上の婚姻を証明する書類（夫および妻が同一世帯でない場合）
- 4 法律上の婚姻をしている夫婦の所得の額を証明する書類
- 5 法律上の婚姻をしている夫婦それぞれの市税等の完納を証明する書類

□上記（3・4・5）の書類は、既に提出したものと同一ですので省略します。

○税務関係資料閲覧承諾書

私は、草津市不育症治療費助成金交付申請のために、子育て相談センター所長が私の税務関係資料を閲覧することを承諾します。

住 所 草津市 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 草津市 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

○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
夫	1)
	2)
	3)
妻	1) <input type="checkbox"/>
	2)
	3)

年 月 日

夫氏名 \_\_\_\_\_ 印

妻氏名 \_\_\_\_\_ 印