

様式第 1 号(第 5 条関係)

受給者番号	3						(市記入欄)
-------	---	--	--	--	--	--	--------

高砂市不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

高砂市長 様

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。
また、この申請書記載の「他の自治体での助成状況」について、高砂市が他の自治体へ照会することについて同意します。(注) 太枠の中をご記入ください。

申請者	ふりがな	夫		妻	
	氏 名		*夫の自書		*妻の自書
	生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
	携帯電話				
	住 所	〒 高砂市 電話			
今回の不育症治療費助成事業の申請は、今年度 1 回目ですか。 はい ・ いいえ → 申請は 1 年度 1 回のため、助成対象外です。					
今回の申請に関して、他の自治体の不育症治療費の助成を受けましたか。 いいえ ・ はい → 市・町					
☐ 高砂市が健康保険者から申請者の給付情報等を得ることに同意します。(チェック欄に☑)					
申請金額		円 (上限 10 万円)			
振込先 ※1 ※2	金融機関	銀 行 本 店 信金・信組 支 店 農協・労金 出張所			口座 名義人
	口座番号	普通・当座			

※1 口座名義人は、申請者のうちのどちらかの個人名義であることとします。
※2 この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。

市記入欄	転入日	夫	年 月 日	妻	年 月 日	
	当該年度申請	無 ・ 有			判定	承認 不承認 ()
	決定年月日	年 月 日				
	決定額	円				
	金融機関コード	支店コード				

【添付書類】

☐ 高砂市不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第 2 号）

☐ 国内の医療機関の発行する領収書（明細書もあれば添付）

☐ 国内の薬局の発行する明細書及び領収書

※明細書がない場合は、高砂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）に代えることができる。

☐ 夫婦であることを証明する書類

（1） 法律上夫婦の場合は、戸籍謄本※

（2） 事実婚の場合は、それぞれの戸籍謄本・申立書※

※ 3 か月以内に発行されたもの。コピー不可。

☐ 夫及び妻の市税の滞納がないことが分かる書類

（1） 当該年 1 月 1 日現在高砂市民の場合：高砂市市税確認承諾書

（2） 承諾がない、または当該年 1 月 1 日現在高砂市民でない場合：高砂市市税確認承諾

書に加え、1 月 1 日現在の住所地での書類が必要（完納証明書など）