

西予市不妊治療費（保険適用分）補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

西予市長 様

申請者 _____

関係書類を添えて西予市不妊治療費（保険適用分）補助金の申請及び請求をします。
なお、本申請の審査に関し、申請内容の確認のため下記の者の税情報、住民基本台帳等について、閲覧及び医療機関等へ照会・情報提供することに同意します。

記

(ふりがな) 氏名(自署または記名押印)		生年月日	
夫	()	年 月 日	(歳)
妻	()	年 月 日	(歳)
夫の住所	電話 ()		
妻の住所 (夫と異なる場合に記入)	電話 ()		
住所が異なる 場合の理由			
補助状況	<input type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他自治体等において補助を受けていません。		
申請額	金 円		
申請内容	A 保険診療分の本人負担額	円	
	B 高額療養費制度支給額	円	
	C 付加給付額	円	
	D 補助申請額 (A-B-C)	円	
振込先			
金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(ふりがな) 口座名義人	()
口座番号			(左詰記入)

<添付書類>

- 西予市不妊治療費（保険適用分）受診等証明書（様式第2号）
- 西予市不妊治療費（保険適用分）調剤等証明書（様式第3号）
- 医療機関及び調剤薬局発行の領収書（ただし、令和5年9月以前の領収で紛失した場合は省略可能）
- 加入保険証の写し
- 高額療養費制度や付加給付が対象の方はその内容がわかる書類
- 事実上の婚姻関係にある夫婦の場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第4号）
- その他市長が必要と認める書類