

様式第1号（第6条関係）

## 西予市不妊治療費(妊娠前検査)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(妊娠前検査)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市税の滞納状況、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)<br>氏名 (自署または記名押印) |  | 生 年 月 日              |           |
| 夫                        | ( )  | 年 月 日 ( 歳)           | ※検査開始時の年齢 |
| 妻                        | ( )  | 年 月 日 ( 歳)           | ※検査開始時の年齢 |
| 夫の住所                     | 電話 ( )   |                      |           |
| 妻の住所<br>(夫と異なる場合に記入)     | 電話 ( )   |                      |           |
| 住所が異なる<br>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。 |                      |           |
| 申請内容                     | A 本人負担額  | 円                    |           |
|                          | B 付加給付   | 円                    |           |
|                          | C 補助申請額 (A-B) ※1   | 円<br>(補助上限額：30,000円) |           |
| 振込先                      |  |                      |           |
| 金融機関名                    | 銀行<br>金庫<br>農協   | 本店<br>支店<br>出張所      |           |
| 預金種別                     | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座   | (ふりがな)<br>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(妊娠前検査)受診等証明書(様式第2号)
- 医療機関発行の領収書(不妊検査分)(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3号)
- その他市長が必要と認める書類

<注意事項>

補助申請（回数）は、夫婦1組につき1回限りです。補助金申請後に受診した費用は、補助期間内（夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内）でも再度補助することはできません。

※1 証明書の「補助申請額」と補助上限金額（30,000円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

※2 補助対象期間は、検査開始日から最長1年間です。夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫または妻の検査開始日のいずれか早い日から起算となります。

例) 夫：令和5年4月1日検査 妻：令和5年5月1日検査 ⇒補助対象期間：令和5年4月1日から令和6年3月31日まで