

西予市不妊治療費(先進医療)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(先進医療)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にかかる市税の滞納状況、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) 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"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他自治体等において補助を受けていません。		
申請額※	金 円 (補助上限額：50,000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(先進医療)受診等証明書(様式第2号)
- 医療機関発行の領収書(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)
- 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)
- その他市町長が必要と認める書類

<注意事項>

※ 証明書の「領収金額」と補助上限金額(50,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。