

様式第1号(第6条)

中津市不育症治療費助成金交付申請(請求)書

年 月 日

中津市長 へ

申請者(口座名義人)

住所

氏名

電話番号

下記の通り、中津市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、中津市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請(請求)します。

なお、審査に当たり戸籍謄本、住民票、市民税課税台帳等により、助成対象要件について確認することに同意します。

また、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

記

申請者記入欄				
	氏名		生年月日	
夫			昭和・平成	年 月 日
妻			昭和・平成	年 月 日
口座振込 金融機関	金融機関名			銀行・農協・信用金庫 ・信用組合・労働金庫
	支店名	支店・本店	預金種目	1. 普通 2. 当座
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			

(添付書類)

- 1 不育症医療実施証明書(様式第2号)
- 2 薬剤内訳証明書(様式第3号)
- 3 夫婦の一方が市外に居住する場合には、市外居住についての申立書(様式第4号)
- 4 中津市不育症治療費助成金交付申請に係る同意書(様式第5号)
- 5 市税納付状況確認承諾書(夫婦それぞれ1枚ずつ)
- 6 戸籍謄本(事実婚関係にある夫婦の場合は、それぞれの戸籍謄本)
- 7 事実婚関係にある夫婦においては、事実婚関係に関する申立書(様式第6号)
- 8 事実婚関係にある夫婦においては、事実婚関係であることが記載された住民票の写し(マイナンバーの記載のないもの)
- 9 領収書

※滞納のない証明、納税証明は必要ありません。

《助成額》

助成金の額は、国・県等の助成を除く助成対象費用に10分の7を乗じて得た額とする。1組の夫婦に対して1回の妊娠につき20万円を限度として助成。100円未満については切り捨てる。

市記入欄	
過去の交付の有無	有 ・ 無
今年度の既交付額	円
今回の交付決定額	円
市税等の納付状況	完納 ・ 不納
住居の確認	1年以上の居住
婚姻または事実婚	1年以上経過