

様式第 1 号（第 5 条関係）

（表）

年 月 日

古河市長 宛て

申請者 氏名 ㊟

（自署又は記名押印）

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

古河市不育症治療費の助成に関する要綱第 5 条の規定に基づき、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。

なお、古河市が次の振込先口座に助成金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

検査及び治療を受けた者	申請者		配偶者（未届の夫又は妻を含む。）					
	氏名	年 月 日（ 歳）					年 月 日（ 歳）	
	生年月日						年 月 日	
	住所	□申請者と同一					□申請者と同一	
電話	銀行・信用金庫						支店	
医療機関支払額（A）						円※保険適用外の額		
助成金申請額	円※（A）の額。ただし、5万円を限度							
検査及び治療期間	年 月 日～		年 月 日					
振込先金融機関	信用組合・農協					支店		
口座種別・番号	普通・当座							
フリガナ								
口座名義人								
誓約欄	<p>私及び私の配偶者は、申請する不育症治療費について、他の自治体を実施する類似の助成金等の交付を受けたことはないこと及び受ける予定はないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">申請者 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center;">（自署又は記名押印）</p>							

(裏)

関係書類の提出に代えて、次の事項について同意します。

- 1 この申請の審査に必要な範囲で、市が、私たちの戸籍、住民基本台帳及び市税の納付状況に関し、その保有する公簿等を照会し、又は閲覧すること。
- 2 医療機関が発行する領収書の内容について、市が、当該医療機関に確認すること。

申請者の氏名 ㊟

配偶者の氏名 ㊟

(自署又は記名押印)

添付書類 (1) 不育症治療等医療機関受診証明書

(2) 医療機関が発行する領収書及び診療報酬明細書

(3) 市税に滞納がないことを証明する書類

(4) 住所を証する書類

(5) 婚姻関係を証する書類又は事実婚等に関する申立書

(6) 振込先の口座情報が分かる書類 (通帳見開きの写し等)

※ (3)から(5)までについては、市が保有する公簿等により確認できる場合であって、上記同意欄により同意するときは、添付を省略することができます。

-----古河市処理欄-----

	申請者	配偶者
住民となった日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 公簿確認 (戸籍・住民基本台帳)	
市税滞納	有り ・ 無し	有り ・ 無し

確認日 ( 年 月 日 ) 確認者 ( )