

中津市長 あて

申請者（口座名義人）

住 所

氏 名

電話番号

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

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 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 中津市不妊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 戸籍抄本
- 7 大分県不妊治療費等助成金給付決定通知書
（大分県不妊治療費等助成金の対象でない場合は不用）
- 8 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》

一組の夫婦に対して合算して1会計年度10万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
婚姻の確認	1年以上経過

◎大分県不妊治療費等助成金の対象の場合

（不妊治療に要した費用－大分県が給付した金額）×1/2を助成対象とする。

◎大分県不妊治療費等助成金の対象でない場合

治療費の全額を助成対象とする。