

中津市長 あて

申請者（口座名義人）

住所

氏名

印

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	本店・支店	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おいては、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※
- 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
居住の確認	1年以上の居住
婚姻の確認	1年以上経過

◎（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

*採卵を伴わない凍結胚移植（特定不妊治療C）、治療継続不可による中止（特定不妊治療D）、受精不能による中止（特定不妊治療E）、採卵実施するも卵得られず（特定不妊治療F）

◎治療費の全額を助成

*人工授精、採卵キャンセル（特定不妊治療G・H）、凍結胚移植時直前の凍結保存料