

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(事実婚関係の夫婦はそれぞれの戸籍謄本)
- 7 事実婚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 事実婚夫婦においては事実婚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、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。助成費用については、助成対象費用の10分の7を上限とする。(国・県助成額を除く)

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