別記様式第１号（第６条関係）

須崎市不妊治療費助成事業申請書兼実績報告書兼請求書

年　　月　　日

須崎市長　　様

申請者　住　　所　須崎市

氏　　名　　㊞

電話番号

須崎市不妊治療費助成金を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、この申請の審査のために私及び配偶者の裏面に掲げる「確認事項」について須崎市が照会・確認することに同意します。

１　治療方法	□　一般不妊治療　（　　年度目） □　特定不妊治療　３９歳以下（　　回目/６回） ４０歳以上（　　回目/３回）				
２　助成対象夫婦	夫	氏名（フリガナ）			
		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		
		住　所	〒　　電話番号		
	妻	氏名（フリガナ）			
		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		
		住　所	〒　　電話番号		
３　対象経費	円		助成申請額	円	
４　他市町村等による助成等	□有 □無	高知県（　　）年度 他市町村（　　）（　　）年度、その他（　　）			
５　添付書類	１　須崎市不妊治療費助成医療機関受診等証明書（別記様式第２－１号又は別記様式第２－２号） ２　不妊治療に要した経費の領収書 ３　医療保険給付金、県特定不妊治療助成金、他市町村助成金の額が確認できる書類 ４　戸籍抄本（県の助成を受けていない場合のみ） ５　事実婚関係に関する申立書（別記様式第５号）（事実婚であって、かつ、県の助成を受けていない場合のみ） ６　その他市長が必要と認める書類				

助成決定（額が確定）された須崎市不妊治療費助成事業に係る助成金については、次の金融機関の口座に振り込んでください。

１	フリガナ		
	口座の名義		
２	金融機関名	銀行・組合 金庫	本店・支店 出張所
３	口座の種類及び番号	普通　・　当座	No.

裏面

この助成金は、助成額の上限が定められています。転入された方について以前にお住まいの自治体に助成金の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本市が照会・確認させていただくことがあります。

なお、他市町村等の助成を受けたことが交付決定後に確認できた場合、助成金の一部又は全部の返還を求めることがありますのでご承知ください。

確認事項

１．一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
２．一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。
３．本市の住民であること及び不妊治療期間及び申請日に住民であったこと。
４．助成対象夫婦が法律上の婚姻をしている又は事実婚関係にあること。
５．治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
６．健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付金）等について、保険者へ照会すること。
７．市税及び使用料等須崎市に納めるべき納付金に滞納がないこと。

※確認した個人情報につきましては、厳重に管理いたします。

※須崎市使用欄

住所要件	婚姻要件	滞納要件	他助成要件	領収書類	県書類		