**伊賀市不育症治療費助成交付事業申請書**

年　　月　　日

伊賀市長　　　　　　　　様

　関係書類を添えて、不育症治療費の助成を申請します。

　なお、治療内容及び過去における受給状況等の必要事項について、伊賀市が必要に応じて医療機関及び他の自治体に確認すること並びに伊賀市における交付決定情報を必要に応じて他の自治体へ提供することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申    請  者 | 夫 | ふりがな |  | | 生年月日 | 昭和  平成　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| 〒　　　－  電話番号　　　　　　（　　　　　） | | | | |
| 妻 | ふりがな |  | | 生年月日 | 昭和  平成　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| □申請者と同じ  〒　　　－  電話番号　　　　　　（　　　　　） | | | | |
| 過去にこの助成金を受けたことがありますか。  １　ない  ２　ある　今回の申請は（　　）回目  助成金を受けた自治体は（　　　　　県・　　　　　市町村） | | | | | | |
| 申　請　額 | | | | 金　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　本店  金庫　　　　　　　　　　　支店  農協　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | |
| 込 | 預金種別 | 普通  当座 | | （ふりがな）  口座名義人 | | | | （ 　　　　　　　　　　） | | | |
| 先 | 口座番号 |  |  | |  |  |  | |  |  | （ 左詰記入） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 |  | （ 承認・不承認）  決定年月日 |  |

注）太枠の中を記入してください。

（添付書類）１.不育症治療費助成事業受診等証明書(医療機関の証明)

２.医療機関発行の領収書（原本）

３.世帯全員（事実婚の場合は両人）の住民票及び戸籍謄本

４.事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合であって、両人の住所が異なる場合）

５.出生した場合の認知に関する意向書（事実婚の関係である場合）