

様式第1 (第6条関係)

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 北名古屋市長

不育症治療費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請・請求します。  
記

申請者		(ふりがな) 氏 名		生年月日			
	夫	( )		年	月	日	( 歳)
	妻	( )		年	月	日	( 歳)
	住所(夫)	〒 -		電話番号 ( )			
	住所(妻)	〒 -		電話番号 ( )			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所	
	預金種別	普通	(フリガナ) 口座名義人		( )		
		当座	※申請者のいずれか一方と同一				
口座番号						(左詰記入)	
申請額		円 (1,000円未満切り捨て) ※不育症治療に要した費用の1/2の額又は上限50,000円のいずれか少ない額					

北名古屋市でこの助成金を受けたことがありますか。  
ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。( ) 年 ( ) 月頃

※内容を確認の上、□にチェックしてください。

不育症治療費等の助成金に必要な住民基本台帳及び戸籍に関する情報について閲覧することについて同意します。

不育症治療医療機関等受診証明書の内容を医療機関等に照会することについて同意します。

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1. 不育症治療医療機関等受診証明書(様式第2)及び領収書  
2. 事実婚の状態にある者については、両者が重婚でないことを証明する書類(申請者両名の戸籍謄本)及び事実婚に関する申立書(様式第3)  
※申請者が外国人の場合は、戸籍謄本に代わって独身証明書  
3. 法律婚の状態にある者については、夫婦であることを証明する書類  
※婚姻関係があり、本市に住所がない申請者は戸籍謄本  
※申請者のいずれか一方が外国人の場合は、日本人配偶者の戸籍謄本  
※申請者がいずれも外国人である場合は、婚姻届受理証明書

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		助成額	円