

佐世保市特定不妊治療交通費助成事業交付申請書兼請求書

年 月 日

佐世保市長 様

申請者（助成対象者）現住所

申請者（助成対象者）氏名

印

記

|  |   |   |                                |       |
|--|---|---|--------------------------------|-------|
| 対<br>象<br>者                                |   | 夫   | 妻                              |       |
|  | 氏 名   |   |                                |       |
|  | 生年月日  | 年 月 日 ( 歳)  | 年 月 日 ( 歳)                     |       |
|  | 電話番号  |   |                                |       |
|  | 治療終了<br>時の住所  |   |                                |       |
| 申<br>請<br>内<br>容                           | 通院内容の確認欄  | <input type="checkbox"/> 次の通院期間（回数）は、不妊治療のために通院したものに相違ありません。<br><input type="checkbox"/> 申請者欄に記載した住所地から医療機関に通院しました。 |                                |       |
|  | 通院期間  | 年 月 日 ~   | 年 月 日                          |       |
|  | 通院した医療機関<br>(所在地)   |   | 都・道 市・区<br>府・県 町・村             |       |
|  | 申請額   | 金 _____ 円 (下記参照)  |                                |       |
|  | 申請額の計算内訳<br>※ 通院した医療機関の所在地にチェックし、通院回数と助成額合計を記入  | 助成分類区分  | 助成額と通院回数                       | 助成額合計 |
|  |   | <input type="checkbox"/> A区分<br>(長崎県・佐賀県)   | 1, 5 0 0 円 × 回                 | 円     |
|  |   | <input type="checkbox"/> B区分 (九州)<br>※長崎県・佐賀県を除く  | 4, 0 0 0 円 × 回                 | 円     |
| <input type="checkbox"/> C区分<br>(中国・四国・近畿) |   | 8, 0 0 0 円 × 回  | 円                              |       |
|  | <input type="checkbox"/> D区分<br>(上記以外)  | 1 2, 0 0 0 円 × 回  | 円                              |       |
| 通院手段                                       | <input type="checkbox"/> 公共交通機関 バス (高速バス含む。) 回<br><input type="checkbox"/> 公共交通機関 電車 回<br><input type="checkbox"/> 自家用車 (同伴者による送迎含む。) 回<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) 回 |   |                                |       |
| 振<br>込<br>先                                | 金融機関  | (銀行・金庫・農協) (本店・支店・出張所)  |                                |       |
|  | 預金種別  | 普通・当座   | (フリガナ) 口座名義人 ( )<br>※口座名義人は申請者 |       |
|  | 口座番号  |   | (左詰記入)                         |       |

■裏面の「確認すべき事項」をご一読いただき、同意書の欄に記入して下さい。

|           |  |         |       |
|-----------|--|---------|-------|
| 申請受理年月日   |  | 決 定 内 容 | 決定・却下 |
| 決 定 年 月 日 |  | 受給者番号   |       |

## 同意書

私たちは、佐世保市特定不妊治療交通費助成金交付申請を行うにあたり、以下の【確認すべき事項】について同意します。

■ 同意日 年 月 日

■ 同意者記名欄

|      | 夫     | 妻     |
|------|-------|-------|
| 氏名   |       |       |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 現住所  |       |       |

### 【確認すべき事項】

1. 特定不妊治療交通費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体等へ照会すること。
2. 特定不妊治療交通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. 不妊治療の治療が終了した日に住民であったことについて、本市が住民基本台帳等により、調査すること。
4. 申請に係る特定不妊治療の状況等について医療機関に照会すること。
5. 偽りその他の不正な手段により不妊治療交通費の助成を受けた場合は、当該全部、又は一部を返還しなければならないこと。

■下記の（添付書類）の欄に、チェック☑をして下さい。

- 不妊治療を実施した医療機関が発行する領収書・診療明細書（写しでも可）
- 振込先口座の口座名義人及び口座番号がわかる書類（通帳、キャッシュカードの写し）
- （佐世保市の住民基本台帳で夫婦であることが確認出来ない場合）  
ご夫婦の戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）1通
- （事実婚の場合）（様式第2号）事実婚関係に関する申立書
- （事実婚の場合）各々の戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）各1通

※その他市長が必要と認めるもの