

佐世保市不妊治療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
現住所

氏 名 _____ 印

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。

記

対 象 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 時の住所				
申請額 金 _____ 円 (下記参照)					
<p>【参照】申請額の考え方</p> <p>領収金額 (※1) _____ 円 - 長崎県助成決定額 _____ 円 - = 申請額 (※2) _____ 円</p> <p>(※1) 県様式第2号 (第7条関係) 不妊治療費 (先進医療) 助成事業受診等証明書の (B) 欄に記載されている金額。</p> <p>(※2) この金額の千円未満を切捨てし、5万円を超える場合は5万円が申請額。</p>					
振 込 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) □座名義人	()	
	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。

■裏面の (添付書類) の欄に、チェック☑をして下さい。

<自治体記入欄>

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、佐世保市不妊治療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
- 同意時期 年 月 日に行った佐世保市不妊治療費助成金交付申請の交付又は却下の決定が行われるまでの時期
- 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. 不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体等へ照会すること。
2. 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. 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費の助成を受けた場合は、当該不妊治療費助成金の全部又は一部を返還しなければならないこと。

◎添付資料（をして下さい）

県要綱第7条に規定する「不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書」の写し

県要綱第8条第1項に規定する「不妊治療費助成事業承認決定通知書」の写し

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