

※赤い枠の中のみ記入してください。

第1号様式（第6条関係）

新居浜市妊娠前検査費助成金交付申請書兼同意書

記入しないでください

年 月 日

(宛先) 新居浜市長

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査費の助成を申請します。

申請に係る審査に当たり、必要がある場合は、医療機関・薬局等及び他の地方自治体へ照会及び情報提供することに同意します。

また、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、補助金の交付決定の取消を受けることを了知しており、返還命令のあった場合には、これに従い交付を受けた補助金を返還いたします。

(ふりがな) 氏名		生 年 月 日						
夫	() (※自署)	年	月	日	() 歳 ※検査開始時の年齢			
妻	() (※自署)	年	月	日	() 歳 ※検査開始時の年齢			
夫の住所	電話 ()							
妻の住所	電話 ()							
助成状況	<input type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他自治体等において助成を受けていません。							
領収書の金額	円 内訳) 医療機関診療分 円 薬局支払い分 円							
受給者 番号	申請受理年月日	年	月	日	交付・不交付 決定年月日	年	月	日
交付決定額	円							

<注意事項>

- ・太枠の中を記載してください。
- ・助成対象期間は、検査開始日から最長1年間です。夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫または妻の検査開始日のいずれか早い日から起算となります。
- ・申請期限は、検査が終了した日の属する年度の3月末日までです。
- ・助成申請（回数）は、夫婦1組につき1回限りです。

第3号様式（第6条関係）

※赤い枠の中のみ記入してください。

個人情報確認同意書

記入しないでください

年 月 日

(宛先) 新居浜市長

申請者	ふりがな	にい はま はなこ
	氏名	新居浜 花子 ※自署
住所	(〒792 - 〇〇〇〇) 新居浜 市 一宮町一丁目5番1号	
生年月日	平成2 年 1 月 1 日	
電話番号	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	

新居浜市が実施する事業、制度等を利用するにあたり、当該事業、制度等の資格審査のため、市が保有する私（世帯全員が審査対象の場合は当該世帯全員）に係る次の個人情報を確認することに同意します。

1 事業、制度等の名称 妊娠前検査費助成事業

2 確認に同意する個人情報

- (1) 住民基本台帳に記録されている情報
- (2) 納税状況に関する情報
- (3) 課税状況に関する情報

夫婦両方の本人確認書類（写し可）が必要です。

- (1) 顔写真付きで官公署が発行した次のうちどれか1つ
運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等
- (2) (1)をお持ちでない場合は、次のうちどれか2つ
健康保険証、各種年金証明書等（官公署発行）
社員・学生証、通帳、診察券等（官公署発行以外）

※世帯全員が審査対象の場合は、当該世帯全員の署名（自署）が必要です。

未成年者については親権者等（法定代理人）が自筆してください。

	氏名	申請者との続柄	生年月日
1	新居浜 太郎 (自署)	夫	平成2年 1月 1日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日
5			年 月 日
6			年 月 日
7			年 月 日

注 この同意書により確認する個人情報は、上記の目的のためにのみ利用し、その他の目的に利用することはありません。

※赤い枠の中のみ記入してください。

第7号様式（第8条関係）

新居浜市妊娠前検査費助成金請求書

記入しないでください

年 月 日

（宛先）新居浜市長

請求者 住所

氏名

年 月 日付け 第 号で交付決定のありました妊娠前検査費助成金について、次のとおり請求します。

金 円

振込先は次のとおりです。

金融機関名	銀行		本店
	金庫		支店
	組合		出張所
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人(※1)	()
口座番号			

※1 請求者と口座名義人は一致させてください。