

※赤い枠の中のみ記入してください。

第1号様式（第5条関係）

一般不妊治療費・不育症検査治療費助成金交付申請書兼同意書

記入しないでください

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市長

関係書類を添えて、次のとおり一般不妊治療費・不育症検査治療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。

※氏名は必ずその本人が自書

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	() (※自署)	年 月 日生 (歳)
妻	() (※自署)	年 月 日生 (歳)
住所(※1)	〒 電話 ()	
住所(※2)	〒 電話 ()	
今回の申請区分	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費助成	<input type="checkbox"/> 不育症検査治療費助成
これまでの一般不妊治療費助成の有無	有 ・ 無 有の場合(助成を受けた地方自治体名)	
領収書の金額	円 内訳) 医療機関診療分 円	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
新居浜市での助成の有無	有 ()	年度) ・ 無
交付決定額		円

注 太枠の中を御記入ください。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合をいいます。

※赤い枠の中のみ記入してください。

第3号様式（第5条関係）

個人情報確認同意書

記入しないでください

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市長

夫婦どちらでも可

夫婦の住所が異なる場合は
2枚必要

	ふりがな	にい はま たろう		
	氏名	新居浜 太郎 (※自署)		
住所	(〒 792 - 1234) 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	性別	男・女	
電話番号	0897 - 33 - 5151			

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 一般不妊治療費・不育症検査治療費助成事業

- 2 確認に同意する個人情報
(1) 住民基本台帳に記録
(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、写真付証明等（官公署発行）
(2) (1)をお持ちでない場合は、次のうちどれか2つ
健康保険被保険者証、各種年金証明書等（官公署発行）
社員・学生証、通帳、診察券等（官公署以外発行）

※世帯全員が審査対象の
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	性別
1	新居浜 花子（自署）	妻	平成2年 1月 3日	男・女
2			年 月 日	男・女
3			年 月 日	男・女
4			年 月 日	男・女
5			年 月 日	男・女
6			年 月 日	男・女
7			年 月 日	男・女

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。

第7号様式（第7条関係）

※赤い枠の中のみ記入してください。

一般不妊治療費・不育症検査治療費助成金請求書

記入しないでください

~~令和 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一般不妊治療費・不育症検査治療費助成金について、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 金庫 組合			本店 支店 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。