

第1号様式（第5条関係）

新居浜市一般不妊治療費・不育症検査治療費助成金交付申請書兼同意書

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。

	(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		
一般不妊治療助成状況	<input type="checkbox"/> 他の地方自治体での助成を含め、限度の2回を超えて助成は受けていません。 (新居浜市以外で助成を受けた地方自治体名)		
自己負担額	円 内訳) <u>医療機関診療分</u> 円 <u>薬局支払い分</u> 円		
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。
- ※ 医療機関の受診等証明書毎に作成してください。