

添付書類 太枠の中をご記入ください。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
申請者	()	年 月 日 生 (歳)	
配偶者	()	年 月 日 生 (歳)	
住所	〒 電話 () -		
住所(※1)	〒 電話 () -		
国又は他の地方 公共団体団体か らの不育症助成	有	無	
申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

※1 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、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合があります。

※2 申請者又は配偶者に市税の滞納がある場合には助成金は交付されません。

(治療費総額) 円

上記の者より助成金交付申請があったので、下記の調査をお願いします。			
年 月 日			
市民税課長 様 ・ 納税課長 様		健康推進課長 印	
夫婦の所得状況	市税滞納の有無		
合計が730万円より	(いずれかに○印)		
未 満 ・ 以 上	滞納なし ・ 滞納あり		
所得及び市税納税状況は上記のとおりです。	年 月 日	市民税課長	印
	年 月 日	納税課長	印

別紙様式第2号（第6条関係）

（宛先）今治市長

同意書

私が利用しようとする保健施策において、必要のあるときは、私たちの以下のことについて、今治市が調査し、又は閲覧することを同意します。

- （1） 配偶者との婚姻関係及び今治市在住期間
- （2） 所得及び市税納税状況
- （3） 必要な場合は、医療機関へ照会すること

年 月 日

申請者 住 所

氏 名 _____ 印

配偶者 住 所

氏 名 _____ 印

年 月 日

今治市不育症治療費助成金請求書

（宛先）今治市長

請求者 住所
氏名 印

年 月 日付け今治市指令 第 号で交付決定のありました不育症治療費助成金について次のとおり請求します。

請求金額				円
金融機関名	銀行	本店		
	金庫	支店／支所		
	農協	出張所		
普通預金／当座預金	口座番号			
(ふりがな) 口座人名義（※1）				

※1 口座人名義は、請求者氏名と同一のものがが必要です。

【医療機関記入用紙】

別記様式第3号（第6条関係）

年 月 日

今治市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不育症治療等を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関

住 所

名 称

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
受診者生年月日 (年齢)	夫	年 月 日生 (歳)	妻	年 月 日生 (歳)
治療の理由				
検査内容				
治療内容				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額	今回の治療にかかった合計金額（保険外診療に限る）			
	円			

(注) 入院費、食事代等治療に直接関係ない費用は助成の対象となりません。