

今治市特定不妊治療（先進医療）費用助成事業申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）今治市長

申請・請求者 住所
氏名

特定不妊治療（先進医療）費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。
なお、本申請の審査に関し、申請内容の確認のため下記事項について今治市が調査し、又は閲覧することに同意します。

- (1) 配偶者との婚姻関係及び今治市在住期間
- (2) 市税滞納状況
- (3) 必要な場合は、医療機関等へ照会・情報提供
- (4) 偽りその他不正の行為により助成を受け、又は受けようとした場合は、助成金の交付決定を取り消し、既に申請者に対して交付した助成金の全部又は一部を返還すること

記

(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
夫	()	年 月 日 (歳)	
妻	()	年 月 日 (歳)	
夫の住所	電話 ()		
妻の住所	電話 ()		
助成状況	☐ 今回申請する先進医療に係る費用について、他自治体等において助成を受けていません。		
申請・ 請求額※	金 円（助成上限額：50,000 円）		
振込先			
金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()
口座番号			(左詰記入)

<添付書類>
1. 今治市特定不妊治療（先進医療）費用助成事業受診証明書
2. 医療機関発行の領収書
3. 事実婚関係の申立書（事実婚の場合）
<注意事項>
※ 太枠を記入してください。申請・請求額は記入しないでください。