

様式第1号（第5条関係）

能代市特定不妊治療費助成金申請書

年 月 日

能代市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

能代市特定不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定に基づき助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

住所		氏名		生年月日
夫				年 月 日
妻				年 月 日
交付申請額		円		
医療機関名				
添付書類		1 秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し 2 秋田県特定不妊治療費助成事業協力医療機関受診等証明書の写し 3 秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し 4 医療機関の発行した領収書等の写し 5 夫及び妻の住民票（※下記同意欄に記名した場合は不要） 6 限度額適用認定証の写し又は高額療養費や付加給付金等の支給額が確認できる書類（保険者から支給される場合のみ）		
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義	(カカ)		

同意	市が、助成要件の審査のために必要があるときは、私（申請者）及び私の配偶者の住民基本台帳を閲覧することに同意します。 また、市が、他の地方公共団体に対し本申請内容について確認すること及び医療機関等に対し受診等証明書の内容について確認することに同意します。
	申請者 _____ 配偶者 _____

- 1 能代市に住所がある方は、情報の閲覧に関する同意が必要です。
- 2 申請者は、他の地方公共団体への内容確認に関する同意が必要です。
- 3 医療機関等において検査又は治療をした方は、受診証明書の内容確認に関する同意が必要です。