

## 様式第1号（第6条関係）

## 能代市不育症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

能代市不育症治療費助成金交付要綱第6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 能代市不育症治療受診証明書<br>2 医療機関の発行した領収書等の写し<br>3 夫及び妻の住民票 *1<br>4 夫及び妻の戸籍謄本 *2<br>5 夫及び妻の医療保険各法の記号及び番号がわかるもの<br>6 夫及び妻の納税証明書 *1<br>7 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合のみ添付）<br>8 助成金振込先金融機関の通帳等の写し<br>*1：3、6の書類は、下記同意欄に署名又は記名押印した場合は不要です。<br>*2：4の書類は、法律上の婚姻をしている夫婦であって住所が同一の場合は不要です。 |      |                   |
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名 | 銀 行<br>金 庫<br>農 協                                                                                                                                                                                                                                                 |      | 本 店<br>支 店<br>出張所 |
|             | 預金種別  | 普通・当座                                                                                                                                                                                                                                                             | 口座番号 |                   |
|             | 口座名義  | (カカカ)                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                   |

同意 市が、助成要件の審査のために必要な住民基本台帳、市税及び国民健康保険税の納付状況に関する情報を閲覧することに同意します。  
また、市が、医療機関等に対し、助成要件の審査のために必要な範囲で、受診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 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。