様式第１号（第５条関係）

西海市特定不妊治療費助成金交付申請・請求書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について同意します。（※１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 |  | | 夫 | | | | 妻 | |
| 氏　　名 | |  | | | |  | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日（　歳） | | | | 年　　月　　日（　歳） | |
| 電話番号 | |  | | | |  | |
| 連絡先  (※２) | |  | | | |  | |
| 特定不妊治療の期　　間 | | | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 過去にこの助成金を受けたことがありますか  　　ない　・　ある　→　過去（　　）回受けた。  　　　　　　　　　　　　助成を受けた自治体は（　長崎県　・　　　　　市・町） | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  西海市長　様  申請者氏名  （夫又は妻が記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  申　請　額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円  　　　　　　治療費　（男性不妊治療分を除く）　金　　　　　　　　　　円  　　　　　　治療費　（男性不妊治療分）　　　　金　　　　　　　　　　円  長崎県からの助成額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 振　込　先 | | 金融機関名 | | | 銀行・組合  金庫・農協 | | | 本店・支店・出張所 |
| 貯金種別 | | | 普通・当座 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  口座名義人 | | （　　　　　） |
| 口座番号 | | |  | | | |

※１　裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※２　申請者の住所と夫又は妻の住所が異なる場合に記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 |  | 決定内容 | 採択・却下 |
| 決定年月日 |  | 受給者番号 |  |

申請書の提出について

申請を行う際、以下のものをご提出ください。

１．特定不妊治療費の助成を申請される場合、長崎県の特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し

２．夫婦の住民票が同一世帯でない場合又は夫若しくは妻が世帯主でない場合、法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（戸籍全部事項証明書（戸籍謄本））

※以下に記載している確認すべき事項に同意された場合で、審査の際、本市で確認できる場合は、省略は可能です。申請する際には印鑑をご持参ください。

３．他の自治体等から特定不妊治療費の助成を受けた実績がある場合、その内容が確認できる書類

確認すべき事項について

１．特定不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体等へ照会すること。

２．特定不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。

３．本市の住民であること及び特定不妊治療の治療期間及び申請日に住民であったこと。（住民基本台帳）

４．申請に係る特定不妊治療の状況等について医療機関に照会すること。

５．所得の状況について確認すること。

６．偽りその他の不正な手段により特定不妊治療の助成を受けた場合は、当該特定不妊治療費助成金の全部又は一部を返還しなければならないこと。

【　同　　意　　書　】

私達は、西海市特定不妊治療費助成金交付申請を行うにあたり、上記【確認す

べき事項】に関する調査・照会に同意します。

■同意日　令和　　年　　月　　日

■同意期間　令和　　年　　月　　日に行った西海市特定不妊治療費助成交付

申請の交付又は却下の決定が行われるまでの期間

■同意者記名押印欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 夫 | 妻 |
| 氏 名 | ㊞ | ㊞ |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | □夫と同じ |