

坂井市長

申請者

本人が手書きしない場合は、記名押印してください

坂井市不妊治療費助成金（不妊検査・一般不妊治療）交付申請書兼請求書

補助金等の交付を受けたいので、坂井市補助金等交付規則により、次のとおり申請（請求）します。なお、両人の続柄や住民登録状況および市に対して対象者が納付又は納入すべき税の納付状況について市長が調査することに同意します。

記

1 補助年度		年度	
2 補助金等の名称		坂井市不妊治療費助成金(不妊検査・一般不妊治療)	
3 補助事業等	(1) 目的	不妊検査・一般不妊治療を受ける場合の経済的負担の軽減を図る。	
	(2) 概要	不妊検査・一般不妊治療に要した経費の一部を助成する。	
	(3) 対象者氏名と 生年月日	(夫)	(年 月 日生 歳)
		(妻)	(年 月 日生 歳)
	(4) 対象者住所・ 電話番号	〒	住基確認 <input type="checkbox"/>
		電話（日中つながる連絡先） ()	
(5) 対象者住所 (夫・妻)	〒	住基確認 <input type="checkbox"/>	
	※夫婦の住所が異なる場合に記入		
(6) 治療期間	(夫)	年 月 日 ~ 年 月 日	
	(妻)	年 月 日 ~ 年 月 日	
4 不妊治療費（本人負担額）		円	(計算式) 対象となる不妊検査・一般不妊治療に係る自己負担額合計 円×1/2= 円（ 一円未満切り捨て ） ※上限 35,000 円
5 補助金等の交付申請額（請求額）		円	
6 補助金等の 振込先	金融機関名・支店名		
	口座種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人	()	
7 添付書類 (提出する書類の□欄を チェック(☑)してください。) ※1：県へ申請済の場合は写しでも可		<input type="checkbox"/> 不妊検査・一般不妊治療費助成事業受診等証明書(※1) <input type="checkbox"/> 不妊検査・一般不妊治療を受けた医療機関発行の領収書 <input type="checkbox"/> 付加給付や還付の金額がわかる資料 (※受けている場合) <input type="checkbox"/> 福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業決定通知書 (※県申請がある場合のみ) <input type="checkbox"/> 坂井市外住民の本籍が記載された住民票(※1) (※夫婦の一方が坂井市外住民である場合のみ) <input type="checkbox"/> 両人の戸籍の全部事項証明書（戸籍謄本）(※1) (※事実婚の場合のみ) <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書及び意向確認書 (※事実婚の場合のみ)	

注) 治療等が開始した日の翌日から起算して2年以内に申請してください。

担当課所見 (注：申請者の記入不要)			
審査事項	<input type="checkbox"/> 自己財源	<input type="checkbox"/> 他補助金等の有無 (国県、他市町村、団体、無)	<input type="checkbox"/> 補助対象等事業費
	<input type="checkbox"/> 市税納付状況	<input type="checkbox"/> 補助金等の額	

(様式第 1 号別紙)

【市税務課担当者記入欄】※この欄は市の担当課が記入します。

上記の者の市税の滞納状況について		確認印
滞納	あ る <input type="checkbox"/> (現年・過年) な い <input type="checkbox"/>	

※個人情報に関する事項

本同意により得られた情報は、坂井市不妊治療費助成金交付申請に関わる目的以外には使用しません。