

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（特定不妊治療）交付申請書兼請求書**  
（ 年度 回目）

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（特定不妊治療） 【体外受精・顕微授精、男性不妊】【保険適用、保険適用外】	
3 補助事業等	(1) 目的	特定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	特定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	〒 電話（日中つながる連絡先） ( )
	(5) 対象者住所 ( 夫・妻 )	〒 ※夫婦の住所が異なる場合に記入
	(6) 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
(7) 県の申請状況	・済（申請日： 年 月 日） ・無	
4 特定不妊治療費（本人負担額）	円	◆ <u>保険適用外（上限6万円、※妻年齢43歳以上は上限10万円）</u> ◆ <u>保険適用（上限2万円）</u>
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"/> 特定不妊治療指定医療機関受診等証明書(※1) <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術受診証明書(※1) <input type="checkbox"/> 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書 <input type="checkbox"/> 両人の続柄が記載された住民票(※1) (※両人の続柄が確認できない場合のみ) <input type="checkbox"/> 福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書 (※県申請がある場合のみ) <input type="checkbox"/> 両人の戸籍謄本(※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) 治療終了後、なるべく早く申請してください。  
治療が終了した日の翌日から1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 2 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。