

（表）

年 月 日

天草市不育症治療費助成事業申請（請求）書

天草市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費助成金の交付を申請します。なお、審査の結果、助成を決定した場合は、当該助成金を下記の口座に振り込んでください。

申請金額	円	
配偶者氏名		
配偶者住所 (申請者と同じ場合は省略可能)		
他の市町村の助成の有無	過去に他の市町村から不育症治療費の助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。) ない ・ ある (自治体名:)	
夫婦の属する世帯構成員		

備考 本市の助成対象者となった日以後の不育症治療（検査を含む。）が助成の対象となります。

振込先（申請者の口座に限ります）

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所	預金種別	普通 当座
フリガナ 口座名義人		口座番号		

添付書類

- (1) 天草市不育症治療費助成事業受診等証明書
- (2) 不育症治療費に係る領収書の写し
- (3) 夫婦であることを証明する書類（申請日以前1月以内のもの）
- (4) 高額療養費（不）支給決定通知書
- (5) 市長が必要と認める書類

(裏)
同意書

氏名	Ⓜ	生年月日	
前住所又は 現住所地			
<p>1 天草市不育症治療費助成事業の申請に当たり、私の前住所又は現住所地の自治体へ一般不妊治療費助成金の交付状況を確認することに同意します。</p> <p>2 助成決定の審査のために必要があるときは、私及び配偶者の住民基本台帳及び納税状況に関する情報を調査することに同意します。また、医療機関等の関係機関に対し、治療内容や費用、及び助成状況等について確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			