

## 三田市不育症治療支援事業申請書兼請求書

- 1 関係書類を添えて下記のとおり不育症検査及び治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍及び住民票並びに医療機関及び薬局に対し検査又は治療の内容の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に当たり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 3 本事業の存続のため、兵庫県に対し、不育症治療の助成状況及びその効果に関して、個人を特定できる情報を消去した上で、報告を行うことがあります。三田市が不育症の治療等の結果について医療機関等に照会すること及びその結果を兵庫県に報告することに同意します。
- 4 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

(添付書類) ○必要な書類

不育症治療支援事業受診等証明書 (様式第2号)

領収書の原本 (受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)

○ご本人の同意があり、市で状況確認ができれば、提出を省略できる場合がある書類

住民票の写し       戸籍謄本 (抄本)

○事実婚の場合のみ

事実婚関係に関する申立書

	( ふ り が な ) 氏 名	生 年 月 日
申請者	( ) ※1	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
配偶者	( ) ※1	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)
申請者住所	〒 電話 ( )	
配偶者住所 (※2)	〒 電話 ( )	
年 月 日		
三田市長 様		
申 請 額 金 円		
振 込 先 (※3)	フリガナ	
	金融機関名	銀行 信用金庫 農協
	預金種別	普通 当座
	口座番号	(ふりがな) 口座名義人
		( )
		(左詰記入)
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日
		年 月 日
受給者番号		

注1) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の自筆が必要。

※2: 単身赴任等で申請者と異なる場合に記入する。

※3: 口座名義人は、申請者の個人名義であること。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

**【処理欄】**

①受給資格審査

住民確認	婚姻確認	受診等証明書	領収書	口座確認	備考

②請求内容審査

<input type="checkbox"/> 医師の証明	決定年月日	支給決定額
<input type="checkbox"/> 治療等の内容	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 保険適用外	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認    ( <input type="checkbox"/> 治療等内容 <input type="checkbox"/> その他 )	

