

様式第1号（第7条関係）

不育症治療費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住所 〒

氏名

印

甲賀市不育症治療費助成事業実施要綱第7条に基づき、不育症治療の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、必要な場合は市が医療機関に照会することに同意します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日 ( 歳)
妻		年 月 日 ( 歳)
住 所	(〒 - ) (電話 ) 滋賀県甲賀市	
申請金額	金 _____ 円 (1年度あたり300,000円上限) 申請年数：通算 _____ 年目	
治療期間	年 月 日 ~	年 月 日
医療機関名		
振込先	金融機関	銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座 (ふりがな) 口座名義人
	口座番号	
申請受理 年月日		決定年月日

注 太枠の中を記入してください。

\*裏面の注意事項もご確認ください

## 1. 注意事項

- (1) 助成の対象となる治療費等は、医療機関において受けた保険診療対象外の不育症治療等に係る治療費とする。
- (2) 助成額は、1治療期間ごとの医療費の1/2以内とし、1年度につき300,000円を限度とする。(1,000円未満の端数は切捨てとする。)

## 2. 添付書類

- (1) 不育症治療受診等証明書(様式第2号)
- (2) 申請しようとする治療に係る医療機関の発行する領収書の原本の写し
- (3) 法律上の婚姻している夫婦であることを証明できる書類(発行から3ヶ月以内のものに限る。)
- (4) 夫婦の納税証明書等(甲賀市行政サービス制限条例施行規則第4条に定める様式)
- (5) その他市長が必要と認める書類