

年 月 日

今治市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

（宛先）今治市長

住 所
氏 名
電 話 （ ） －

今治市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、今治市不育症治療費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

助成申請額	円
請求金額	円

内訳、算定基礎等については別紙のとおり

金融機関名	銀行 本店	
	金庫 支店／支所	
	農協 出張所	
普通預金／当座預金		口座番号
(ふりがな) 口座人名義 (※)		

※ 口座人名義は、請求者氏名と同一のものがが必要です。

- （添付書類） 1 今治市不育症治療費助成事業受診等証明書
- 2 資格確認証等（2 人分）
- 3 治療を受けた医療機関発行の領収書等該当治療費等の支払いを証明できるもの

私は、この請求をするに当たり、次の場合には、補助金の交付決定の取り消しを受けることがあることを了知しており、また、返還命令のあった場合には、これに従い交付を受けた補助金に加算金を付しての返還をいたします。

- (1) 偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたとき。

添付書類 太枠の中をご記入ください。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
申請者	()	年 月 日生 (歳)	
配偶者	()	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 電話 () —		
住所(※1)	〒 電話 () —		
国又は他の地方 公共団体からの 不育症助成	有	無	
申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

※1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合があります。

※2 申請者又は配偶者に市税の滞納がある場合には助成金は交付されません。

(治療費総額) 円

上記の者より助成金交付申請があったので、下記の調査をお願いします。

年 月 日

納税課長 様

ネウボラ推進課長 印

市税滞納の有無 (いずれかに○印)
滞納なし ・ 滞納あり

所得及び市税納税状況は上記のとおりです。

年 月 日 納税課長 印