|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第1号  八代市一般不妊治療（人工授精）費助成金給付申請書  　（あて先）八代市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日   |  | | --- | | 助成要件チェック欄   * 医療機関において不妊症と診断された夫婦（事実婚は除く）であること * 治療期間の初日における妻の年齢が４１歳未満であること * 申請日現在において夫婦のいずれか一方が1年以上前から引き続き八代市において住民基本台帳に記録されていること * 夫婦のいずれも市税の滞納がないこと |   上記事項を承認した上で、関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療（人工授精）費の助成を申請します。  併せて、申請者及び配偶者の市税等の納付状況を照会することに同意します。なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 申請者 | 氏名 | フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ㊞　※ｼｬﾁﾊﾀ印不可 | S　・　H　　　　年　　　　月　　　　日生　　　　歳  電話番号　　　　　　－　　　　　　－ | | 住所 | 〒 | | | 配偶者 | 氏名 | フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | S　・　H　　　　年　　　　月　　　　日生　　　　歳  電話番号　　　　　　－　　　　　　－ | | 住所 | ※申請者と異なる場合のみ記入〒 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 今回の治療期間 | 年　　　　月　　　　日　　　～　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | 申請金額　　※金額訂正不可 | | 円 |   ◆振込先　※申請者と口座名義人は同一   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 金融機関名 | | | | | | | | 支店名 | | 預金種別 | | 銀行・農協  信用金庫・信用組合 | | | | | | | | 本店・支店  支所・出張所 | | 普通　・　当座 | | 口座  番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 | フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |   〈添付書類〉　　　　　　　(1)八代市一般不妊治療（人工授精）費助成金給付受診等証明書（様式第２号）  (2)人工授精治療に係る領収書の写し  〈申請書受付期限〉 原則として、１年度分をまとめて治療を受けた日の属する年度の末日  （ただし、３月中に治療が終了した場合に限り、翌月の４月３０日）まで |

八代市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 添付書類 | 妻コード |  | 市税滞納 | 有　・ 　無 |
| □受診等証明書（様式第２号）  □領収書の写し | 妻住民日 |  | 給付 | 可　・ 不可 |
| 夫住民日 |  | 相手先番号 |  |

R元.10