

京丹後市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

不妊治療等助成金交付申請書

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、京丹後市不妊治療等助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。						
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 不育治療等		
	<input type="checkbox"/> 先進医療等（保険適用外）						
<input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 男性不妊治療			
交付申請額	円						
受療者本人	住 所				住民となった日	年 月 日	
	氏 名				個人番号		
	加入医療保険	種別	国保・健保 船員・共済 その他	保 険 者 番 号		区 分	本人・被扶養者
配偶者	住 所	<small>（受療者と異なる場合のみ記載）</small>					
	氏 名				住民となった日	年 月 日	
過去の助成金受給の有無	1 有 2 無	「有」の場合、過去に助成を受けた自治体及び助成額	自治体	時期		助成額(円)	
				年 月			
				年 月			
				年 月			
振込先	金融機関名				支店名		
	預金種別		口座番号		フリガナ 名義人		

〔振込先が申請者本人以外の場合

委任状

(代理人) 住所
氏名 (口座名義人)

私は、口座名義人を代理人と認め、京丹後市不妊治療等助成事業の助成金の受領に係る一切の権限を委任します。

年 月 日

京丹後市長 様

住所
氏名 (申請者本人自署)

(備考)

1 添付書類

- (1) 不妊治療医療機関証明書(様式第2号)又は特定不妊治療医療機関証明書(様式第3号)又は男性不妊治療医療機関証明書(様式第4号)又は不育治療等医療機関等証明書(様式第5号)又は先進医療医療機関証明書(様式第6号)

※ 保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。

- (2) 事実婚関係に関する申立書(様式第7号)(事実婚関係にある場合に限る。)

2 医療機関の証明書等報告内容を京都府へ報告を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算から支出を行っています。

また、京都府からの補助金の交付を受けて実施しており、公費の支出を検証するために必要な事項を京都府に対し報告します。なお、情報の取扱いには、十分留意し、プライバシーは厳守します。

3 個人番号カード又は個人番号が記載された住民票の写し若しくは住民票記載事項証明書の提示について

- (1) 受療者本人の個人番号であることを示す個人番号カード又は個人番号が記載された住民票の写し若しくは住民票記載事項証明書を提示してください。
- (2) 個人番号が記載された住民票の写し又は住民票記載事項証明書を提示される場合、本人確認のため、運転免許証、旅券等の顔写真付きの本人確認書類1点を提示してください。
- (3) 上記2の顔写真付きの本人確認書類をお持ちでない方は、「氏名・生年月日」又は「氏名・住所」が記載された健康保険証、年金手帳等の2点を提示してください。