

米子市不育治療費等助成金交付申請書兼請求書

米子市不育治療費等助成金につきまして、米子市不育治療費等助成金交付要綱（令和3年9月1日施行）第6条の規定により下記のとおり申請します。なお、交付決定後は、交付決定額の支払を請求します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日						
	氏 名	(印) ※自署の場合は、押印省略可								
	現住所	〒	電話番号							
配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日						
	氏 名									
	現住所	〒	電話番号							
※申請者と異なる場合に記入										
助成金が交付決定された場合は、下記の口座へ振り込んでください。										
振込先	ふりがな		預金種別	普通 ・ 当座						
	口座名義人 (※申請者名義)									
	金融機関名	銀行 金庫 本店 支店 出張所 組合 農協	口座番号							
過去の助成状況	☐ 助成なし ☐ 助成あり → 米子市から (回)									
他の地方公共団体からの給付	☐ この助成金に係る不育治療費等につきまして、他の地方公共団体から同種の給付を受けていません。 ※該当する場合は「 ☐ 」に✓を記入してください。 ※他の地方公共団体から同種の給付を受けている場合は、この助成金の交付の対象になりません。									
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
検査内容又は治療内容 (※1)										
住民票省略	☐ 私（申請者）及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。（該当の場合は ☒ ）									
算定基準額 (※2)	円									
交付申請額 (※3)	円									

※1 米子市不育治療等実施医療機関証明書（米子市不育治療費等助成金交付要綱別記様式第2号）又はこれに相当する証明書（以下「米子市不育治療等実施医療機関証明書等」といいます。）に記載されている検査・治療内容を記入してください。
※2 米子市不育治療等実施医療機関証明書等に記載されている領収金額を記入してください。
※3 助成金の額は、算定基準額の2分の1に相当する額です。ただし、一の年度につき10万円を限度とします。

<添付書類>

- 1 米子市不育治療等実施医療機関証明書等
- 2 不育治療費等に係る医療機関の発行した領収書
- 3 申請者及びその配偶者の住民票（申請日前3か月以内に発行されたものに限りです。）。ただし、米子市に住所を有する方が、申請者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意する場合は、住民票の添付を省略することができます。