

様式第 1 号(第 7 条関係)

高梁市不妊及び不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

高梁市長 様

次のとおり、治療費の助成を受けたいので高梁市不妊及び不育症治療費助成金交付要綱第 7 条の規定によって関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり、記載内容及び市税の滞納の有無を公簿により確認を行うこと並びに、必要な場合には高梁市以外の自治体への申請の有無について照会することに同意します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
婚姻年月日		年 月 日		
医療機関	住所			
	名称			
治療内容		・ 特定不妊治療（・ 男性不妊治療） ・ 不育治療 （※該当の治療に○を付けてください）		
今回の申請額		金 円		

添付書類

- (1) 高梁市不妊及び不育治療費助成金請求書（様式第 4 号）及び通帳の写し
- (2) 指定医療機関が発行する不妊治療又は不育治療受診証明書（様式第 2 号）
- (3) 指定医療機関が発行する医療費の領収書の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類
 ※岡山県の助成を受けた方は、岡山県の決定通知書の写し
 ※岡山県の助成を受けていない方は、所得を証明する書類（治療終了日が令和 3 年 1 月 1 日以降の場合は不要）

※市記入欄	市住民登録日	夫	年 月 日	受付印
		妻	年 月 日	
	市税滞納の有無		有 ・ 無	
	岡山県助成額		金 円	
	高梁市決定額		金 円	
	高梁市助成回数		回（第 子目予定）	
決定年月日		年 月 日	承認・不承認	