様式第１号（第５条関係）

日向市不妊検査費助成金給付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

日向市長 様

日向市不妊検査費助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、次のとおり関係書類を添えて

助成金の給付の申請し、及び請求します。なお、本申請に係る対象経費について、私たちは他自

治体から同様の助成を受けていないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 申請者（請求者） | | | | 配偶者・内縁者 | | | |
| ふりがな | |  | | | |  | | | |
| 氏　　名 | | 印 | | | |  | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | （申請者と異なる場合のみ記入）  〒 | | | |
| 電話番号 | | －　　　　－ | | | | －　　　　－ | | | |
| （事実婚に該当する場合は☑） □私たちは事実婚であることを申し立てます。 | | | | | | | | | |
| 助成金の申請（請求）額 | | | | 円（上限30,000円） | | | | | |
| （申請者名義）  振　込　先 | 銀行  金庫  農協 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 口座  種別 | 普通  当座 |
| 口座番号 | |  | | 口座名義  （フリガナ） | |  | | |

※太枠内を記入してください。

※本助成金の事務執行に必要な範囲で他の行政機関に情報を提供することがあります。

【市記載欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決定年月日 | 年　　月　　日 | 給付 ・ 不給付 |
| 受給者番号 |  | |
| 対象経費 | 円 | |
| 助成金の決定額 | 円 | |
| 他市町村からの助成の重複 | なし　　　・　　　　あり | |
| 証 明 欄 | 上記の者は市税及び国民健康保険税の滞納がないことを証明する。  　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　 　日向市長　　西　村　　賢 | |

【添付書類】

１　日向市不妊検査費助成事業医療費等証明書（様式第２号）

２　医療機関が発行する対象経費に係る領収書及び診療明細書又はその写し

３　同意書（様式第３号）

４　夫婦いずれかの戸籍謄本（婚姻の届出をしているが属する世帯が同一でない場合に限る。）

５　夫婦それぞれの戸籍謄本（事実婚である場合に限る。）

６　その他市長が必要と認める書類（　　　　　　　　　　　　　　　　）

※申請者（請求者）は、市の住民基本台帳に登録されている方になります。ご本人の確認の

ため、マイナンバーカード、運転免許証等をご持参ください。

※振込口座が申請者名義の預金通帳及び印鑑（シャチハタ以外）をご持参ください。

様式第２号（第５条関係）

日向市不妊検査費助成事業医療費等証明書

日向市長 様

　下記の者について、次のとおり不妊の原因を調べるための検査を実施し、これに係る医療

費等を領収したことを証明します。

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　主治医氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  受検者氏名 | 夫 |  | | | 妻 |  | |
| 受検者生年月日 | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 | |
| 不妊の原因を調べるための検査の実施状況 | 検査実施期間 | | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | |
| 検査実施回数 | | 回 | | | | |
| 受検者負担額の内訳（検査） | 区分（診療月） | | 夫［円］ | 妻［円］ | | | 受検者負担額(計) |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 年　　月分 | |  |  | | | 円 |
| 文書料（証明書） | | | 円 | | | | |
| 合計 | | | 円 | | | | |

※受検者負担額は、次の点に留意して御記入ください。

・受検者に関して行った不妊の原因を調べるための検査に係る費用（医療保険各法の規定に

よる給付の対象であるか否かは問いません。）のみを記入

・夫婦ともに検査を行った場合は、月ごとに合算

・令和５年４月１日以降に行った検査が対象

様式第３号（第５条関係）

同　　意　　書

　年　　　月　　　日

日向市長 様

申請者 （住　所）

（氏　名）

私は、日向市不妊検査費助成金給付申請の審査において、夫婦の住民登録状況並びに夫婦

（同一世帯者を含む。）の市税及び国民健康保険税の納付状況を閲覧されることに同意します。

また、他自治体へ助成金の給付に係る情報の照会若しくは提供又は医療機関へ検査内容等を照会されることについて同意します。