

別記様式第1号（第6条関係）

えびの市不妊検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）えびの市長

えびの市不妊検査費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり助成金の交付の申請及び請求をします。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	〒		〒 <small>（申請者と異なる場合のみ記入）</small>		
電話番号	— —		— —		
（事実婚に該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 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）			
振 込 先 <small>（申請者名義）</small>	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		口座 種別
	口座番号	口座名義 （フリガナ）		普通 当座	

※太枠内を記入してください。

【市記載欄】

決定年月日	年 月 日	交付 ・ 不交付
受給者番号		
対象経費		円
助成金の決定額		円

添付書類

- 1 えびの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又はその写し
- 3 同意書（様式第3号）
- 4

様式第2号（第6条関係）

えびの市不妊検査費助成事業医療費等証明書

（宛先）えびの市長

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）	受検者負担額		
	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、次の点に留意してご記入ください。

- ・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
- ・夫婦共に検査を行った場合は、月ごとに合算
- ・令和4年4月1日以降に行った検査が対象

同 意 書

私は、えびの市不妊検査費助成金交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。

年 月 日

（宛先）えびの市長

申請者 （住 所）

（氏 名） 印

文 書 番 号
年 月 日

様

えびの市長

印

えびの市不妊検査費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあったえびの市不妊検査費助成金について、下記のとおり交付することに決定しましたので通知します。

記

助成金交付決定額 金 円

文 書 番 号
年 月 日

様

えびの市長

印

えびの市不妊検査費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあったえびの市不妊検査費助成金について、下記の理由により
交付しないことに決定しましたので通知します。

記

不交付の理由

