

様式第1号(第5条関係)

大津市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 大津市長

申請者

〒520-

住 所 大津市

(口座名義人と同一) 氏 名 _____ 印

電 話 _____

日中の連絡先(携帯) _____

大津市一般不妊治療費助成交付要綱第5条第1項の規定に基づき、大津市一般不妊治療費助成金の交付について次のとおり申請し、及び請求します。

対象者	夫	氏 名	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	妻			昭和・平成 年 月 日
住 所	(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入) 〒			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り⇒【薬局の証明書(様式第2号)を <input type="checkbox"/> 提出する <input type="checkbox"/> 提出しない】 <input type="checkbox"/> 無し			
過去に大津市一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 ない・ある → 過去()回受けた 前回の申請(年 月)				
口座振込先 金融機関	金 融 機 関 名		支 店 名	
	銀 行・信金・農協		本 店・支店・出張所	
	預 金 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
	普通・当座		フリガナ	氏 名

注意：訂正箇所にはすべて訂正印(申請者欄に押印した印鑑)をお願いします。

***裏面を必ずお読みください。**

私たちは、大津市一般不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、大津市長が住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。

氏 名 夫 _____ 印

妻 _____ 印

(印鑑は申請者欄に押印したものと同一をお願いします。)

大津市処理欄

加入 医療保険	夫 市国保・その他保険	申請受付場所	大津市保健所健康推進課・郵送 和邇・堅田・比叡・中・膳所・南・瀬田	
書 類 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 住基確認 (年 月 日)		<申請受付日>	
	<input type="checkbox"/> 婚姻関係を証する書類(夫婦が同一世帯でない場合)			
単身赴任者等 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 不妊治療に係る証明書(様式第2号)			
	<input type="checkbox"/> 本籍地 (大津市・大津市以外) ← 本籍地が大津市以外の場合は、戸籍抄本等が必要			
年 度	助成期間	金 額	治療中断	あり・なし
年度助成額	か月	円	「あり」の場合の中断期間	
年度助成額	か月	円	年 月 日	～ 年 月 日
年度助成額	か月	円	年 月 日	～ 年 月 日
経費所要額		金 円	市交付決定金額	金 円

様式第1号(第5条関係)

(申請に必要なもの)

- 1 大津市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)
- 2 大津市一般不妊治療医療機関受診等証明書(様式第2号)
- 3 夫婦それぞれの保険証の写し
- 4 申請書に押印した印鑑(来所される場合のみ)
- 5 申請者本人名義の振込先口座を確認できるもの(通帳見開き1ページ目の写し)
- 6 夫及び妻が同一世帯でない場合、法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
戸籍個人事項証明書(戸籍抄本)等

(申請場所・お問い合わせ先)

施設名	所在地	電話
大津市保健所健康推進課	浜大津四丁目1-1 明日都浜大津 2階	528-2748
和邇すこやか相談所	和邇高城12 (和邇文化センター内)	594-8023
堅田すこやか相談所	本堅田三丁目17-14(堅田市民センター前)	574-0294
比叡すこやか相談所	坂本六丁目1-11 (坂本市民センター別館)	578-8294
中すこやか相談所	浜大津四丁目1-1 明日都浜大津 5階	528-2941
膳所すこやか相談所	膳所二丁目5-5(さがみ川老人憩の家併設)	522-1294
南すこやか相談所	南郷一丁目14-30(南老人福祉センター 併設)	534-0294
瀬田すこやか相談所	大江三丁目2-1(瀬田市民センター内)	545-0294