

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		氏 名	生 年 月 日
	夫		年 月 日
	妻		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) 〒 ※上記の住所地の市町村において同様の助成を受ける場合は、本市から助成金の交付を受けることができません。		
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→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：訂正箇所には全て訂正印(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、大津市長が次に掲げる調査等を行うことについて同意します。

- (1) 住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧し、調査し、又は他の市町村に照会すること。
- (2) 他の市町村に対して本申請に係る不妊治療に対する助成金の交付の有無について照会すること。
- (3) 不妊治療を行う医療機関に対し、本申請に係る不妊治療の内容について照会すること。

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 妻	市国保・その他保険 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) <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) <input type="checkbox"/> 受診等証明書(様式第2号)			<申請受付日>
単身赴任者 等確認欄	<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

(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