

様式第1号（第5条関係）

境港市不育症治療等助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

境港市長 様
申請者 住所 境港市
氏名
電話

境港市不育症治療等助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
住 所	〒 電話	
夫婦の住所が異なる場合	〒 電話	
過去の助成受給の有無	助成なし・助成あり 境港市から (回) 他自治体 (から 回)	
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
検査内容又は治療内容 (※1)		
医療機関支払額 (※2)	円	
助成対象不育症検査・治療費 (※3)	円	
助成金申請額 (※4)	円	

《添付書類等については裏面に記載していますので確認してください》

住民登録等の確認同意書

私は、境港市不育症治療等助成金の交付の可否の審査に当たり、担当職員が住民登録等関係資料について、確認することに同意します。
また、境港市暴力団排除条例（平成23年境港市条例第14号）第2条に規定する暴力団等でないことを確認するため、境港市が鳥取県警察本部等に対し照会を行うことにも同意します。

申請者氏名 印

- ※1 境港市不育症治療等助成金に係る証明書に記載されている「検査内容又は治療内容」となります。
- ※2 領収証の額となります。
- ※3 境港市不育症治療等助成金に係る証明書に記載されている「不育症検査に要した金額の合計」及び「不育症治療に要した金額の合計」となります。
- ※4 本市の助成金の額は、助成対象費用額の5割となります。

《添付書類》

- 1 医療機関が発行した不育症治療等に係る領収書及び明細書の写し
- 2 夫及び妻の医療保険証の写し
- 3 境港市不育症治療等助成金請求書（様式第2号）
- 4 境港市不育症治療等実施医療機関証明書（様式第3号）