

別記

様式第1号（第6条関係）

日南市不妊検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

日南市長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

日南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、関係書類を添えて不妊検査費の助成を申請し、下記の金額を請求します。また、本申請に係る検査について、他の地方公共団体から助成を受けていません。なお、夫婦の住所、続柄、助成履歴及び市税（国民健康保険税を含む。）について、夫婦の属する世帯の住民基本台帳、納税状況、助成を受けた際に居住していた住所地、医療機関への照会により確認されることに同意します。

記

区 分	申請者（請求者）	配偶者（内縁者）
フリガナ氏名		
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住 所	日南市 (電話)	
連絡先 *1	(電話)	
(事実婚に該当する場合に○)	()私たちは事実婚関係に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	金融機関名	銀行 本店（所） 金庫 支店（所） 農協 出張所
	預金種別	普通 口座名義人 当座
	口座番号	

注）太枠内をご記入ください。*1 夫婦の住所が異なる際にご記入ください。

※添付書類の確認は裏面

《日南市記入欄》

受給者番号		決定内容	承認・不承認
助成金決定額	円		
市税納付状況	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納	住民確認	<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> （夫・妻）のみ
申請受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日

◎添付書類

○本人確認書類（顔写真付き）申請者のもの

マイナンバーカード 免許証 その他（ ）

【共通】

日南市不妊検査費助成事業医療費等証明書（様式第2号）

通帳の写し（申請者名義のもの。表紙と支店名、名義人のふりがなが分かるページ）

医療機関発行の領収書及び明細書又はその写し

【夫婦の世帯が異なるとき】

戸籍謄本

【事実婚のとき】

それぞれの戸籍謄本

【その他】

その他市長が必要と認める書類（ ）