

（宛先）四日市市長

四日市市不育症治療医療費助成金  
交付申請書兼実績報告書

四日市市不育症治療医療費助成金の交付を受けたいので、四日市市不育症治療に要する医療費の助成に関する規則第4条の規定により申請します。

また、住所用件等の必要事項を調査することを承諾し、本申請内容について他の地方公共団体に照会すること、他の地方公共団体に対し四日市市不育症治療医療費の交付決定状況を必要に応じて提供することを同意します。

申請者 <small>（口座名義人）</small>	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	氏名	印					
	住所	電話番号					
配偶者	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	氏名	印					
	住所	☐申請者と同じ 電話番号					
申請金額		円（上限10万円）					
今回の治療期間中の治療費について、補助金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去（ ）回受けた 助成金を受けた自治体は（ ）県・（ ）市町村）							
助成金振込先	金融機関	銀行			本店		
		金庫			支店		
		農協			出張所		
	口座番号	普通 当座					
	フリガナ						
	口座名義人						

【添付書類】

1. 不育症治療受診等証明書（様式第2号）
2. 医療機関発行の領収書及び診療明細書
3. 戸籍謄本（本市で夫婦の婚姻関係が確認できない場合）
4. 夫婦の所得・課税証明書（本市で夫婦の所得が確認できない場合）
5. 夫婦の市税の完納証明書