

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の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 6 月 1 日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第 5 4 号

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の一部を改正する規則

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（平成 2 6 年四日市市規則第 3 1 号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p data-bbox="288 857 389 891">附 則</p> <p data-bbox="248 916 429 949"><u>（有効期限）</u></p> <p data-bbox="209 976 820 1245"><u>3 この規則は、令和 1 1 年 3 月 3 1 日限り、その効力を失う。ただし、この規則の失効前に交付決定された助成金については、同日以後も、なおその効力を有する。</u></p>	<p data-bbox="938 857 1038 891">附 則</p>

第 1 号様式を次のように改める。

第1号様式(第5条関係)

四日市市不育症治療医療費助成金交付申請書

太枠内をご記入ください。

年	月	日
住所		
申請者 氏名		
(署名又は記名押印)		
電話番号		

次のとおり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5条の規定により申請します。また、住所要件等の必要事項を調査することを承諾し、また、他の地方公共団体に対し四日市市不育症治療費の交付決定情報を必要に応じて提供することを同意します。

氏 名		生 年 月 日	
夫		年	月 日
妻		年	月 日
今回の治療期間中の治療費について、他の自治体から補助金を受けましたか			
いいえ ・ はい (助成対象外)			
同年度の治療費について、この助成金を受けましたか			
いいえ ・ はい (申請日 年 月 日 助成額 円)			
医療費の内 自己負担額の計	円	助成金の 申請額	円
金 融 機 関 名		口 座 番 号	
口座名義人 (フリガナ) <申請者名義に限る>			
銀行	本店	普通	
金庫	支店		
農協	出張所		

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の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に定める様式は、改正後の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の規定にかかわらず、当面の間、使用することができる。

(こども未来部こども手当・医療給付課)