様式第１号（第５条関係）

小千谷市不妊不育治療費助成事業申請書

年　　月　　日

小千谷市長　あて

申請者　住所
氏名
電話番号
生年月日　　年　　月　　日

関係書類を添えて、小千谷市不妊不育治療費の助成を申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">本年度の申請回数</td><td colspan="4">□１回目　　□２回目（１回目に受けた助成額　　円）</td></tr>
<tr><td colspan="2">国又は他地方公共団体からの受給</td><td colspan="4">□　有（地方公共団体名等：　　）　□　無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">配偶者（パートナー）</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請額</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関</td><td colspan="3">銀行・信組
信金・農協
労働金庫</td><td>本店・営業所
支店・出張所</td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td>普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
口座名義人
（申請者名義）</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※申請額：国又は他地方公共団体からの助成等を受けた場合は、その額を対象経費から差し引いた額を記載すること。

（添付書類）

１．小千谷市不妊不育治療費助成に係る医療機関等証明書
２．当該治療に係る他地方公共団体等からの助成を受けた場合は、その助成額が確認できるもの
３．健康保険証の写し

≪同意欄≫

小千谷市不妊不育治療費助成の申請にあたり、次の事項について同意します。

１．市が、この申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること。
２．市が、他の地方公共団体における不妊不育治療費の受給状況について、当該地方公共団体に照会し、当該地方公共団体から報告を受けること。
３．市が、この申請の審査に必要な範囲で、当該不妊不育治療について、実施した医療機関等に確認をとること。

氏名（申請者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名（配偶者・ﾊﾟｰﾄﾅｰ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（以下は市の記入欄です。）

<table>
<tr><td>申請受理年月日</td><td>年　月　日</td><td>交付決定年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">交　付　・　不交付</td></tr>
<tr><td>交付番号</td><td></td><td>助成額</td><td>円</td></tr>
</table>