

様式第1号（第4条関係）

佐伯市子宝支援事業助成金給付申請兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

申請者 住所
氏名

㊞

次のとおり、佐伯市子宝支援事業助成金の給付を受けたいので、佐伯市子宝支援事業助成金給付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求をします。

夫	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
妻	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
住 所		〒 電話番号 ()
【夫婦の住所が異なる場合】 (夫・妻)の住所		〒 電話番号 ()
婚姻年月日		年 月 日
申請・請求額	(治療期間 年 月 日～ 年 月 日)	円
	(治療期間 年 月 日～ 年 月 日)	円
	(治療期間 年 月 日～ 年 月 日)	円
	合 計	円

振 込 先	金 融 機 関 名	
	本・支店等名	
	口座の種類	普通・当座・その他 ()
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	
【振込先が申請者以外の場合】 私は、口座名義人を代理人と認め、佐伯市子宝支援事業助成金の受領に係る一切の権限を委任します。 年 月 日 申請者氏名 (自署) ㊞		

(添付書類)

- 1 医療実施証明書 (様式第2号)
- 2 薬剤内訳証明書 (様式第3号) (※院外処方による医療保険適用外の投薬がある場合)
- 3 不妊治療に係る領収書の写し
- 4 住民票謄 (抄) 本又は戸籍謄 (抄) 本 (※夫婦の住所及び続柄が確認できるもの)
- 5 夫婦の市税完納証明書 (※末尾の同意をする場合は、省略可)
- 6 暴力団関係者でない旨の誓約書 (様式第4号)
- 7 その他 ()

市税の納付状況について、佐伯市長が関係公簿等を照会・調査することに同意します。

年 月 日

年 月 日

夫氏名 (自署)

㊞

妻氏名 (自署)

㊞

様式第2号（第4条関係）

医療実施証明書

次のとおり、不妊治療（医療保険適用外の人工授精治療）を実施したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関 名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄

受診者	夫	ふりがな		
		氏名		
		生年月日	年 月 日生	
	妻	ふりがな		
		氏名		
		生年月日	年 月 日生	
治療方法		人工授精（ 回）実施		
治療期間		院外処方による医療保険適用外の投薬がある場合の投薬内容	医療保険適用外 本人負担額	
年 月 日～ 年 月 日			円	
年 月 日～ 年 月 日			円	
年 月 日～ 年 月 日			円	
医療保険適用外本人負担額合計（領収額）			円	

注 入院費、食事代等不妊治療に直接関係のない費用は、除いてください。

様式第3号（第4条関係）

薬剤内訳証明書

医療機関の処方箋により、下記のとおり調剤したことを証明します。

年 月 日

所在地
名称
代表者

印

記

患者氏名					
生年月日		年 月 日生		年 月 日生	
処方箋交付医療機関名					
処方年月日	調剤年月日	薬剤名	単価	数量	金額
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
年 月 日	年 月 日		円		円
医療保険適用外本人負担額合計（領収額）					円

注 医療保険適用外の調剤のみを証明してください。

様式第4号（第4条関係）

暴力団関係者でない旨の誓約書

私は、下記のいずれにも該当する者でないことを誓約します。
なお、市が必要な場合には、警察に照会することについて承諾します。

記

- 1 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「法」という。）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- 2 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している者
- 3 暴力団員であることを知りながら、その者と契約を締結している者
- 4 暴力団（法第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員に経済上の利益や便宜を供与している者
- 5 暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される関係を有している者
- 6 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

年 月 日

佐伯市長 様

夫氏名（自署） ⑩

妻氏名（自署） ⑩

※ 市では、佐伯市暴力団排除条例に基づき、行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団等でない旨の誓約をお願いしています。