

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
電話番号

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
高額療養費の該当の有無 及びその区分		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分)
他の助成金受領の有無 及びその金額		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 他団体) 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) (院外処方による投薬がある場合であって、領収書等に薬剤内訳がないときに限ります。)
- 3 不妊治療に係る領収書及び診療明細書の写し
- 4 佐伯市子宝支援事業助成金給付申請に係る同意書(様式第3号の2)
- 5 本件申請に係る不妊治療費において、高額療養費、他の助成金又は付加給付等を受領した場合は、当該支給決定通知書又はその写し
- 6 暴力団関係者でない旨の誓約書 (様式第4号)
- 7 その他 ()

様式第2号（第4条関係）

医療実施証明書

次のとおり、当該夫婦間のみにおける不妊治療に係る診療（投薬）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

㊞

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		
治療内容					
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
不妊治療における自己負担額					
治療期間		医療機関徴収分		③調剤薬局徴収分	
		①保険診療分	②保険適用外分		
年 月 日～	年 月 日	円	円	円	
年 月 日～	年 月 日	円	円	円	
年 月 日～	年 月 日	円	円	円	
④ 本証明書に係る文書代				円	
上記の不妊治療にかかった自己負担合計金額（①～④の合計）				円	

注1 当該夫婦間のみにおける不妊治療（保険適用、保険適用外）に係るもののみ記入してください。

2 院外処方がある場合は、治療対象となる費用について実施医療機関が証明してください（調剤薬局の領収書から対象費用を転記してください）。

3 入院時の差額ベッド代や食事代、文書料等治療に直接関係のない費用は含めないでください。ただし、本証明書に係る費用は助成対象です。

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

㊞

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
本人負担額合計（領収額）					円

注 保険診療適用及び医療保険適用外の自己負担額の調剤のみを記入をしてください。

佐伯市子宝支援事業助成金給付申請に係る同意書

年 月 日

佐伯市長 様

住所 佐伯市 _____

申請者氏名（自署） _____

申請者の配偶者氏名（自署） _____

佐伯市子宝支援事業助成金給付申請に当たり、次の事項について同意します。

- 1 不妊治療費助成事業に関する他の助成金受領の有無及び助成内容について他の地方公共団体に確認すること。
- 2 助成金の交付審査に当たり、戸籍謄本、住民票、市民税課税台帳等により、助成対象要件について確認すること。
- 3 必要な場合は、治療等に関し、医療機関、調剤薬局等に照会すること。
- 4 保険者に他公費制度並びに付加給付等について確認すること。
- 5 今回の申請について、偽りその他不正な行為が明らかになった時は、助成金の全部または一部を返還すること。
- 6 夫婦ともに申請をした日から1年間は佐伯市に居住すること。ただしやむを得ない事情の場合は除く。

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）

妻氏名（自署）

※ 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。