

様式第 1 号（第 5 条関係）
（宛先）鳴門市長

年 月 日

鳴門市不育治療費助成申請書兼請求書

申請（請求）者住所

氏名
電話番号

鳴門市不育治療費助成金交付要綱第 5 条の規定により関係書類を添えて申請します。申請に伴い必要となる住民登録の有無、市税、市へ納付すべき保険料及び保育料の滞納の有無についての調査、医療機関への照会、助成金の受給状況を確認することに同意します。

		対象となる検査・治療を受けた者		配偶者（事実婚含む）					
フリガナ 氏 名									
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）					
住 所		〒		〒					
電 話				※異なる場合のみ記入					
加入医療保険									
助成状況		徳島県不育症検査助成金の受給 ☐ 有 ☐ 無		受給額（ 円） ☐ 無					
申請金額		金 円							
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協 ゆうちょ銀行	本店 支店 本所 支所 出張所	支店コード					
				種別	普通 当座				
	フリガナ 口座名義		口座番号						

申請は治療等終了後、6 か月以内に限ります。

添付書類

1. 鳴門市不育治療費助成申請金額明細書（様式第 2 号）
2. 鳴門市不育治療費助成受診等証明書（様式第 3 号）
3. 不育症の検査及び治療に要した費用の領収書及び診療明細書
4. 院外処方の場合、院外処方薬局の発行する領収書の写し
5. 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等の写し
6. 徳島県不育症検査費用助成事業又は他の地方公共団体から給付を受けている場合、助成決定通知書の写し
7. 戸籍謄本の写し又は事実婚関係に関する申立書
8. 夫婦の一方が鳴門市以外に住民登録している場合、その住民票の写し
9. 金融機関の口座番号がわかるもの

※振込先の口座名義を申請（請求）者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委 任 状	
私は本件に係る受領を下記の者に委任します。	
住所	_____
氏名	_____
年 月 日	申請（請求）者氏名 _____