

①提出日を記入

年 月 日

長浜市長 あて

②記入

申請者兼請求者

住所

氏名

電話

【注】申請者兼請求者と口座名義人は同じ方をお願いします。

長浜市すこやか出産支援事業補助金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請及び請求します。また、補助金交付の審査のため、必要な範囲で、住民基本台帳、市税及び国民健康保険料(税)の納付に関する資料を閲覧することに同意します。なお、助成の適否を判断するために必要な場合は、他の地方公共団体に照会又は提供を行うこと、及び医療機関等に照会することについて承諾します。

③記入

	氏名	生年月日	加入医療保険
夫	長浜 太郎	昭和 ○○ 年 △月 ▲日 平成 ( ◆◆ 歳)	国保・健保・共済 その他
妻	長浜 花子	昭和 ○○ 年 △月 □△日 平成 ( □□ 歳)	国保・健保・共済 その他
(単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入)		電話 0749 ( 65 ) ○▲○△	
〒526-08○○ 長浜市○○町▲▲番地□号			
申請金額は 空白で！！ 円			

【注】必ずご夫婦それぞれがご自身で記入をお願いします

④記入

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ふりがな 当座 口座名義人	
	口座番号		⑥ 記入 (右詰記入)

今回の治療にかかる補助金等を他の地方公共団体から受けていますか。 はい・いいえ

(添付書類)

※特定不妊治療について、県は含まない

共通	1 夫婦それぞれの市税及び国民健康保険料(税)の完納を証する書類 2 戸籍謄本(夫婦共に長浜市に住民登録があり同一世帯の場合は不要) 3 事実婚関係である場合は、次の書類 (1) 戸籍謄本および住民票(住民票は長浜市に住民登録がある場合は不要) (2) 事実婚関係に関する申立書
一般不妊治療	1 長浜市すこやか出産支援事業受診等証明書(一般不妊治療) 2 院外処方がある場合は、領収書及び調剤明細書など処方された薬剤の名称がわかるもの
特定不妊治療	1 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し 2 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し 3 医療機関が発行する領収書の写し
不育症治療	1 長浜市すこやか出産支援事業受診等証明書(不育症治療) 2 院外処方がある場合は、領収書及び調剤明細書など処方された薬剤の名称がわかるもの

(以下、市職員記入欄)

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
申請年度回数	年度 回目	申請回数 通算 年目	申請回数 通算 回目
加入医療保険確認記録	夫 (国・社・共・他)	妻 (国・社・共・他)	