

第1号様式

浜松市不育症治療費補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者 住所  
氏名

(署名又は記名押印)

不育症治療費補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。また、この申請の審査に必要な場合は、浜松市において、夫及び妻の住所情報及び申請・助成情報について従前住所地の自治体へ確認されることに同意します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫の生年月日 (年齢)	昭和 平成 年 月 日 西暦 ( 歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻の生年月日 (年齢)	昭和 平成 年 月 日 西暦 ( 歳)
住 所	〒 電話 ( )		
(夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入)	〒 電話 ( )		
加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
過去の助成実績：過去に助成金受給の有無 (どちらかに○印) 有 ・ 無 ※「有」の場合、過去に助成を受けた自治体、助成年度(時期)及び回数 自治体名 ( ) ・ 年度 ( 回)			

(以下は、記入不要です。)

受給者番号						(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
-------	--	--	--	--	--	-------------------	-------

(添付書類)

- 1 浜松市不育症治療費補助事業受診等証明書 (第2号様式)
- 2 夫婦であることを証明できる書類 (法律上婚姻関係にあり同一住所の夫婦の場合省略可)
- 3 不育症治療を受けた医療機関発行の領収証原本
- 4 浜松市不育症治療費補助金請求書 (第3号様式)

裏面もご確認ください

**市税の納付又は納入の状況の確認についての同意（同意する場合は下記に☑を記入）**

- 浜松市不育症治療費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、申請者の市税の納付又は納入状況について確認することに同意します。

**暴力団排除に関する誓約（誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入）**

- 浜松市不育症治療費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約し、承諾します。

（1）次に掲げる者のいずれにも該当しません。

- ・暴力団（浜松市暴力団排除条例（平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）
- ・暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）
- ・暴力団員等と密接な関係を有する者
- ・（法人その他の団体の場合）上記3点に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

（2）浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

**その他医療費助成の同意に関する説明（同意する場合は下記に☑を記入）**

- 加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

また、当補助事業に関する効果を検証するため、申請された情報について個人が特定されない形で集計し、公表する場合があります。

なお、情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。