

別記

第 1 号様式（第 4 条関係）

申請日 年 月 日

鹿屋市長 様

鹿屋市不妊治療交通費助成金交付申請書兼請求書

遠方不妊治療実施施設への移動に関する交通費助成の交付を受けたいので、以下に記載された同意・制約事項のすべてを同意した上で、鹿屋市不妊治療交通費助成事業実施要綱第 4 条の規定により関係書類を添えて申請及び請求します。

1 助成金の申請者

申請(請求)対象者	妻 ・ 夫 ※申請する方を○					
フリガナ氏名	妻			夫		
	生年月日	S・H 年 月 日	生年月日	S・H 年 月 日		
住 所	鹿屋市 [連絡先：]					
通 院 医療機関名						

2 助成金の申請内容

[助成の申請数] (妻)申請する回数： _____回 / (夫)申請する回数： _____回 (助成額は、鹿屋市不妊治療交通費助成事業実施要綱第 3 条により算出された額となります。)										
	受診日 1	受診日 2	受診日 3	受診日 4	受診日 5	受診日 6	受診日 7	受診日 8	受診日 9	受診日 10
妻										
夫										

3 振込先金融機関口座

☐ 不妊治療助成金と同じ口座に振込(以下の金融機関情報は記載不要です)			
☐ 口座を指定して振り込み(以下を記入)			
金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所
種 目	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

※ 裏面「同意・誓約事項について」もご確認ください。

(市記載欄)

申請受理年月日	年 月 日	交付決定年月日	年 月 日
保険適用外分助成	有 ・ 無	助成決定額	円 (うち保険適用外分助成額： _____円)

4 同意・誓約事項について

☐ 以下の事項に全て同意します。

同意・誓約事項

- ☐ 他市区町村から当該申請に係る助成金に相当する交付を受けていません。
- ☐ 助成対象者の要件審査のため、市の関係部署及び他の地方公共団体に対し、申請に係る情報を照会又は提供すること及び医療機関等に対して受診内容等を照会することについて同意します。
- ☐ この申請書は、市において交付決定した後に助成金の請求書として取り扱います。
- ☐ 市が交付決定をした後、振込不能等の事由により、助成金の支払いを完了せず、かつ市が定める期限までに申請者による補正がされない場合は、本申請は取り下げられたものとみなすことに同意します。
- ☐ 助成金の交付後、申請者がその要件に該当しないことが判明したときは、助成金を返還します。

〔添付書類〕

- ☐ 1 受診したことを証明できる領収書及び診療明細書
- ☐ 2 振込口座が確認できるものの写し