

都城市一般不妊治療医療費等助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

都城市長 宛て

(申請者)

住所 都城市

氏名

※署名を行う場合は、押印は不要です。

都城市一般不妊治療医療費等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、この申請に係る一般不妊治療等について、他の市町及び県の助成は受けません。

また、この申請に係る夫婦の住所・続柄及び所得状況については、夫婦の属する世帯の住民基本台帳及び地方税法に基づく住民税の課税資料により確認されることに同意し、都城市暴力団排除条例（平成23年条例第21号）に規定する事項に関して、裏面のとおりに誓約及び同意します。

区 分	夫	妻
フリガナ 氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住 所	都城市	都城市
電話番号	- -	- -
加入健康保険（夫）	(保険者名称) (保険者番号) (記号・番号) (被保険者名)	
加入健康保険（妻）	(保険者名称) (保険者番号) (記号・番号) (被保険者名)	
交付を受けようとする助成金の額		円
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日 年 月 日
受給者番号 (不妊治療医療費用)		不妊治療医療費用 円
受給者番号 (不妊検査費用)		不妊検査費用 円
交付決定額		円

注1) 太枠内を御記入ください。

注2) 助成の適正を判断するために必要に応じて、都城市以外の地方公共団体へ当該助成金に係る情報の照会・提供、医療機関へ治療内容の照会を行いますので御承知ください。

添付書類

- ・都城市一般不妊治療医療費等助成金交付医療機関証明書
- ・都城市一般不妊治療医療費等助成金交付薬剤支払証明書
- ・医療機関等発行の領収書又はその写し

## 治療結果の確認を行うことに関する説明書

当市では、一般不妊治療の治療結果を受診等証明書に記載するよう、医療機関に協力を求めています。集めた治療結果は統計としてのみ使用し、今後の助成事業の制度を一層充実していく上で検討の参考にさせていただきます。

### 暴力団排除、補助金等の交付条件及び市税の納税調査に関する誓約書及び同意書

- (1) 申請者及びその配偶者は、都城市暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団員及び第3号に規定する暴力団関係者に該当しないことを誓約します。
- (2) 都城市暴力団排除条例に基づき、市が暴力団を利することがないことを確認するため、市の求めに応じて個人情報を提供し、その情報を市が警察機関へ照会することに同意します。
- (3) 誓約事項に虚偽があった場合、又は同意事項に反した場合は、この助成金の交付に関して不利益を被ることとなっても一切異議は申し立てません。
- (4) 都城市補助金等交付規則及び本補助事業等に関し、市の定めた交付条件を遵守します。
- (5) 補助金等の交付条件又は都城市補助金等交付規則の規定に基づく補助金等の返還の請求を受けたときは、速やかに返還することを誓約します。
- (6) 補助金等交付決定に当たり市長が実施する納税状況調査に同意します。

上記(1)から(6)までの事項について、確認の上、誓約及び同意します。

年 月 日

(夫) 氏名

(妻) 氏名

※氏名欄は、署名又は記名押印してください。