

様式第1号（第11条関係）

御殿場市不妊治療費用及び不育症治療費用助成金支給申請書

年 月 日

御殿場市長 様

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

御殿場市不妊治療費用及び不育症治療費用助成金の支給を受けたいので、御殿場市不妊治療費用及び不育症治療費用助成金支給要綱第11条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

夫	(フリガナ) 氏 名	( )	生年月日	年 月 日
	個人番号			
妻	(フリガナ) 氏 名	( )	生年月日	年 月 日
	個人番号			
治療実施医療機関名				
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		
任意の給付の有無		<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 高額療養給付 (円) <input type="checkbox"/> 付加給付 (円) <input type="checkbox"/> その他 (円) <input type="checkbox"/> なし		
過去の不育症 に対する助成の有無		<input type="checkbox"/> あり (助成期間 年 月 日から 年 月 日まで) (自治体名 市・町) (助成金額 円) <input type="checkbox"/> なし		
<p>不妊・不育治療費用助成金の支給決定の審査に当たり、必要に応じて市長が次の行為を行います。同意の場合は□にチェックし、署名をしてください。</p> <input type="checkbox"/> 住民基本台帳・市民税課税等の個人情報の閲覧 <input type="checkbox"/> 不妊・不育症治療費に係る県補助金の交付に関する情報の静岡県に対する照会 <input type="checkbox"/> 不妊・不育症治療受診等証明書及び領収書の医療機関に対する確認				
<p>署名 夫 _____ 妻 _____</p>				

(添付書類)

- 不妊治療に係る助成金の申請にあつては御殿場市不妊治療費用助成事業受診等証明書(様式第2号)、不育症治療に係る助成金の申請にあつては御殿場市不育症治療費用助成事業受診等証明書(様式第3号)
- 戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書(外国人にあつては婚姻関係を証明できる書類)
- 事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合に限る。)(様式第3号の2)
- 不妊治療又は不育症治療を行った医療機関が発行した領収書
- 不育症治療を受ける場合は、夫及び妻の前年の所得額を証明する書類
- 任意の給付を受けた場合は、その額を証する書類
- 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類