

様式第4号（第8条関係）

不妊等治療費助成金支給申請書

年 月 日

日置市長 様

申請者 氏名

不妊等治療費助成金の支給について、次のとおり相違ありませんので、関係書類を添えて申請します。

なお、夫婦の住所、婚姻関係及び家族構成並びに市税等の収納状況を調査することに同意します。

(フリガナ) 氏 名	()	()
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話番号	〒 電話番号 (夫と同じ場合は、記入不要)
加 入 保 険	国保・健保・船員・共済 その他 ()	国保・健保・船員・共済 その他 ()
助 成 区 分	<input type="checkbox"/> 不妊症に係る治療 <input type="checkbox"/> 不育症に係る治療	助 成 期 間 年 月～ 年 月
支給を受けようとする助成金の額	(うち不妊症に係る治療 円) (うち不育症に係る治療 円)	円
他の助成金等の受給状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (自治体名:) (助成等額: 円)	
関 係 書 類	(1) 不妊等治療費助成金受給資格者登録承認通知書 (2) 不妊等治療費助成事業受診等証明書 (3) 限度額適用認定証の写し又は高額療養費の支給決定通知書の写し (該当がある場合に限る。)	

市記入欄

受給者番号	申請書受理 年 月 日	年 月 日	(支給・不支給) 決定年月日	年 月 日
過去の助成実績	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (年度～ 年度)			
	自己負担額	他の助成金等の額	高額療養費支給額	助成金額
不妊	円	円	円	円
不育	円	円	円	円
審 査	1 住民票 住定年月日 (年 月 日) 適・不適			
	2 婚姻関係及び家族構成	適・不適 ()		
	3 市税	適・不適 ()		
	4 国民健康保険税	適・不適 ()		
	5 住宅使用料	適・不適 ()		
	6 保育料	適・不適 ()		
	7 その他 ()	適・不適 ()		
	()	適・不適 ()		