

笛吹市長 様

不妊治療費支援事業補助金申請書

不妊治療費支援事業補助金の交付を受けたいので、笛吹市不妊治療費支援事業補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|   |                         |                       |       |          |      |               |       |                       |  |  |
|---|-------------------------|-----------------------|-------|----------|------|---------------|-------|-----------------------|--|--|
| 申請者<br>夫  | 住所                      | 〒                     |       |          |      |               |       | 電話番号                  |  |  |
|   | 氏名<br>主たる<br>対象者<br>の方☑ | ツガナ                   |       |          | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳) |       |                       |  |  |
| 申請者<br>妻  | 住所                      | 〒                     |       |          |      |               |       | 電話番号                  |  |  |
|   | 氏名<br>主たる<br>対象者<br>の方☑ | ツガナ                   |       |          | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳) |       |                       |  |  |
| 医療費の総額  |                         | 円                     |       |          |      |               |       |                       |  |  |
| 過去の不妊治療費受給の状況(該当がある場合は記入)                                   |                         |                       |       |          |      |               |       |                       |  |  |
| 笛吹市   | なし・あり                   | 回                     | 年度    | 受給額      | 円    |               |       |                       |  |  |
| 山梨県   | なし・あり                   | 回                     | 年度    | 受給額      | 円    |               |       |                       |  |  |
| その他   | (                       |                       |       |          |      |               |       |                       |  |  |
| 同意書(同意する場合は記入)  |                         |                       |       |          |      |               |       |                       |  |  |
| 不妊治療費支援事業補助金の交付要件について、市が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことに同意します。 |                         |                       |       |          |      |               |       |                       |  |  |
| 年 月 日   |                         |                       |       |          |      |               |       |                       |  |  |
| 夫 署名  |                         |                       |       |          | 妻 署名 |               |       |                       |  |  |
| 治療を受けた人の<br>保険の種類   |                         |                       |       | 勤務先      | TEL  |               |       |                       |  |  |
| 振<br>込<br>先   | 金融機関                    | 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合 |       |          |      |               |       | 本店・支店<br>本所・支所<br>出張所 |  |  |
|   | 預金種別                    | 普通                    | か     |          |      |               |       |                       |  |  |
|   |                         | 当座                    | 口座名義人 |          |      |               |       |                       |  |  |
| 口座番号(右詰め)   |                         |                       |       |          |      |               |       |                       |  |  |
| 申請受理年月日   |                         |                       |       | 承認 ・ 不承認 |      |               |       |                       |  |  |
| 年 月 日   |                         |                       |       | 決定年月日    |      |               | 年 月 日 |                       |  |  |
|   |                         |                       |       | 決定額      |      |               | 円     |                       |  |  |

注 太枠の中をご記入ください。

添付書類

- 1 不妊治療費支援事業受診等証明書(様式第2号)
- 2 不妊治療を受けた医療機関発行の領収書等
- 3 戸籍謄本又は戸籍証明書(夫及び妻が外国人である場合は、婚姻届受理証明書、婚姻証明書等の婚姻の事実が確認できるもの)
- 4 住民票の写し
- 5 夫及び妻の納税証明書(市税・国民健康保険税)
- 6 健康保険証(写し)
- 7 高額療養費その他の給付等がある場合は、その内容が確認できるもの