

式第1号(第8条関係)

### かすみがうら市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) かすみがうら市長

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

#### 記

代表申請者	(フリガナ)氏名	( ) (夫・妻)
	生年月日	年 月 日生 治療開始日の年齢 ( ) 歳
	住 所	〒
	電話番号	
申請者	(フリガナ)氏名	( ) (夫・妻)
	生年月日	年 月 日生 治療開始日の年齢 ( ) 歳
	住 所	〒
	電話番号	
婚姻年月日		年 月 日
申請額	金 円	※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額
<input type="checkbox"/> 助成要件確認のため、市の職員が戸籍、住民基本台帳、税情報等を確認し、助成要件に関する事項を照会することについて同意します。 <input type="checkbox"/> この申請に係る不妊治療について、かすみがうら市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 <input type="checkbox"/> 申請日において、夫婦のいずれか一方がかすみがうら市内に1年以上住所を有しています。		

#### ※添付書類

- 1 戸籍謄本※公簿等により戸籍謄本に記載されている情報が確認できる場合は不要。
- 2 かすみがうら市不妊治療医療機関受診証明書(様式第2号)
- 3 医療機関が発行した先進医療費の領収書及び明細書

市 使 用 欄	申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日	
	今回の治療期間の初日における妻の年齢： 歳(43歳以上は対象外)		
	初めて助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢 歳	□40歳未満→通算6回まで □40歳～42歳→通算3回まで	保険診療による治療実施回数：通算 回目
	市区町村への申請回数： 回目		
備考欄			