

第 1 号様式（第 6 条関係）

不育症治療費助成申請書

年 月 日

（宛先）

秦野市長

次のとおり、秦野市不育症治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名						
	住所	秦野市			電話番号		
配偶者	(ふりがな) 氏名						
	住所	秦野市			電話番号		
不育症治療に要した費用 (医療機関の発行した領収書の金額)					千		円
申請額 (上記費用のうち、不育症治療に直接要した費用の 1/2 の額 (1,000 円未満切捨て) と 20 万円のうちのいずれか低い金額)					千		円
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し、出産に至ったため ( 年 月 日出生 ) <input type="checkbox"/> 治療途中で今回の妊娠が終了したため <input type="checkbox"/> その他 ( 具体的理由 )						
同意	この申請に当たり、私 (申請者) 及び配偶者に係る住民登録、前年の所得額及び納税状況について、公簿等により確認すること並びに領収書・診療報酬明細書の内容について、発行元である医療機関に確認することに同意します。  <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">配偶者氏名</p>						
添付書類	<input type="checkbox"/> 不育症治療医療機関等証明書 <input type="checkbox"/> 領収書・診療報酬明細書 (医療機関発行) <input type="checkbox"/> 健康保険証等の写し <input type="checkbox"/> 婚姻関係及び住所が確認できる書類 (*1) <input type="checkbox"/> 前年の所得証明書 (*2) <input type="checkbox"/> 納税状況が確認できる書類 (*3) <small>*1 から *3 までの書類は、同意欄に記名押印又は署名をした場合は不要です。</small> <input type="checkbox"/> 振込先の口座のわかる書類 (通帳、キャッシュカード等の写し)						