

第 1 号様式（第 4 条関係）

特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

（宛先）

秦野市長

次のとおり、秦野市特定不妊治療費助成事業実施要綱第 4 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	
配偶者等	(ふりがな) 氏名				
	住所	秦野市		電話番号	
特定不妊治療に要した費用(ア)				千	円
県要綱による助成額(イ)				千	円
助成対象額(アからイを差し引いた額(1,000円未満切捨て)と50,000円のうちいずれか低い金額)				千	円
同意	<p>この申請に当たり、申請者及びその配偶者等に係る住民登録及び納税状況について、貴職が権限で調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">配偶者等氏名</p>				
添付書類	<p><input type="checkbox"/> 神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 神奈川県に提出した特定治療支援事業受診等証明書の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 特定不妊治療に要した治療費（保険外診療）の領収書の写し</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 住所が確認できる書類(*1)</p> <p><input type="checkbox"/> 納税状況が確認できる書類(*2)</p> <p>*1 及び*2 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。</p>				