

第1号様式（第6条関係）

逗子市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

逗子市長

次のとおり、逗子市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

申請者氏名（ふりがな）  _____年 月 日生（ 歳）	住所	電話番号
配偶者氏名（ふりがな）  _____年 月 日生（ 歳）	住所	電話番号
医療機関名	所在地  電話番号	
不育症治療に要した本人負担費用  円	治療期間  年 月 日～ 年 月 日	
助成金申請額  円	（本人負担額の1/2。上限が30万円 千円未満切捨て）	
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し、出産に至った（ 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（ ）	
過去の助成状況	過去に不育症治療の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合：過去（ ）回受けた。いつ頃（ ） 受けた市町村名（ ）	
同意	この申請に当たり、申請者及び配偶者に係る住民登録、所得額等について貴職が権限で調査することに同意します。 申請者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/>	
添付書類	1 不育症治療医療機関等証明書 2 領収書・診療明細書（医療機関発行） 3 婚姻関係・住所が確認できる書類 4 健康保険証等の写し 5 前年の所得証明書 ※3及び5は省略できる場合があります。	