

特定不妊治療費助成金調書

妻の氏名 <small>ふりがな</small>		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
夫の氏名 <small>ふりがな</small>			年 月 日 (歳)
住所及び連絡先	() -		
住所及び連絡先 ※1 (夫・妻)	※1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください () -		
過去に不妊治療に関する助成金等を受けたことがありますか ・ない ・ある → 過去 (回) 受けたことがある。 助成を受けた自治体名 ()			

振 込 先	金融機関名		支店名
	預金種別	口座番号	<small>ふりがな</small> 口座名義人 ※申請者と同じにしてください
	普通・当座		

※振込口座の預金通帳の写し（金融機関名、口座名義人及び口座番号がわかるもの）を添付してください

同意書

特定不妊治療費助成金の交付申請にあたり、市が助成の可否を判断する範囲内で、住民基本台帳、市税の納付状況等を確認するほか、必要に応じて他の市区町村にこの申請に関する情報を照会し、及び関係書類等の提供を受けることに同意をします。あわせて、検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に照会することを同意します。

年 月 日

(夫) 氏名 _____ ㊟ (妻) 氏名 _____ ㊟

※ご夫婦両方の記名押印が必要です。それぞれの印鑑をご使用ください。
※上記について同意できない場合は、住民票、市税の納税証明書等の提出が必要となります。

添付書類 <input type="checkbox"/> 医療機関証明書 <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 振込口座がわかるものの写し	(事実婚の場合) <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書
---	--

市記入欄 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目・初回申請 : 年 月) <input type="checkbox"/> 住民登録 (夫 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 妻 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 確認者 ㊟ <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 事実婚の申立書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証及び支給決定通知書 (有・無) <input type="checkbox"/> 他市町村での助成 (有・無) <input type="checkbox"/> 市税滞納 (有・無)
--