

村上市不妊治療費助成申請書

年 月 日

（宛先）村上市長

不妊治療費の助成を受けたいので、村上市不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 夫	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日 (歳)
申請者 妻	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日 (歳)
住 所		〒		
		※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 〒		夫・妻
平日日中の連絡先	電話	— —	夫・妻	自宅・職場・携帯
過去の申請の有無	有 ・ 無			
助成対象費用 (自己負担分)	円			
助成申請額 (助成対象費用の2/3)	※上限200,000円（1,000円未満切捨て） 円			

下記指定口座への振り込みを依頼します。

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号		
	預 金 種 別	普通 ・ 当座							
	口 座 番 号								
	フ リ ガ ナ								
口 座 名 義 人									

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市が必要と認めるときは、調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
市において支払うことを決定した後は、この申請書を助成額の請求書として取り扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり、要件に該当しなかった場合には、支払った助成額を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 不妊治療医療機関等証明書（様式第2号）
- 不妊治療を受けた医療機関等が発行した領収書の原本
- 同意書（様式第3号）
- 事実婚関係にある場合は、両人の戸籍謄本及び事実婚関係申立書（様式第4号）
- 高額療養費及び付加給付金の支給を受けた場合は、その支給額を確認することができる書類

※ 保健医療課 記入欄

申請受理年月日		可否決定年月日	
助 成 額		受 給 者 番 号	
今回の治療期間	～		
市税滞納の有無	有・無	ある場合は、その状況	