不妊治療費補助金申請明細書

関係書類を添えて特定不妊治療費(先進医療)の助成を申請します。
なお、本申請の審査に関し、申請内容の確認のため医療機関等へ照会・情報提供することに同意します。

記

(ふりがな) 氏　名		生　年　月　日
申請者 (A)	(　　)	年　　月　　日(　　歳)
Aの配偶者	(　　)	年　　月　　日(　　歳)
申請者の住所	電話　　(　　)	
配偶者の住所 (Aと異なる場合に記入)	電話　　(　　)	
助成状況	□今回申請する先進医療に係る費用について、他自治体等において助成を受けていません。	
補助対象経費 合計※１		
補助金請求額 ※２	,000 円　(助成上限額：50,000円)	

＜注意事項＞

※１　証明書の「領収金額」を記入してください。

※２　証明書の「領収金額」と助成上限金額（50,000円）を比較し、低い額を「請求額」欄に記入してください。1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てて記入してください。

○**様式第１号及び本明細書**に下記の資料を添付すること。

- □　入金口座の通帳等の写
- □　申請日時点の住所、生年月日及び続柄を確認できる書類
  （夫婦の住民票又は戸籍謄本及び附票等若しくは住民票及び事実婚関係に関する申立書）
- □　特定不妊治療費(先進医療) 助成事業受診等証明書
- □　医療機関発行の領収書（治療日及び支払い金額の分かるもの）
- □　医療機関発行の明細書（治療内容及び治療費の内訳が分かるもの）

税務課 確認欄	市税の 未納	申請者（無・有） 配偶者（無・有）	原課依頼日　　年　月　日 税務課確認日　　年　月　日	確認者	