

桜川市不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

桜川市長 様

不妊治療費助成金の交付を受けたいので、桜川市不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて、下記のとおり申請（請求）します。

記

代 表 申 請 者	(フリガナ) 氏 名	( ) ( 夫 ・ 妻 ) (自署)	
	生年月日	年 月 日生	治療開始日の年齢 ( ) 歳
	住 所	〒 桜川市	
	電話番号		
申 請 者	(フリガナ) 氏 名	( ) ( 夫 ・ 妻 ) (自署)	
	生年月日	年 月 日生	治療開始日の年齢 ( ) 歳
	住 所	〒 ※代表申請者と異なる場合に記載	
	電話番号		
婚姻年月日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
申 請 額		金 円	※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額
代 表 申 請 者 振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本 店 支 店 出張所
	預 金 種 別	普通 当座	フリガナ 口座名義
	口 座 番 号		(左詰記入)
<input type="checkbox"/> 助成要件確認のため、住民基本台帳及び市税の納付状況について市が確認し、支給要件に関する事項を照会することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が桜川市内に住所を有しています。 <input type="checkbox"/> この申請に係る不妊治療について、桜川市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 <input type="checkbox"/> そのほかこれに係る事項について、必要に応じて他地方公共団体に照会することに同意します。			

※添付書類

- 1 桜川市不妊治療費（先進医療）受診等証明書（様式第2号）
- 2 領収書及び明細書
- 3 戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）
- 4 その他関係書類  
事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書

市 使 用 欄	今回治療開始時妻年齢：	歳 (43歳以上は対象外)
	初回治療開始時妻年齢：	歳 <input type="checkbox"/> 40歳未満→通算6回まで <input type="checkbox"/> 40歳～42歳→通算3回まで
	申請回数：	回目
	住民票照会日：	税情報照会日：
備考欄		