

牛久市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

牛久市長 様

代表申請者氏名 _____

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

妻	(フリガナ) 氏 名	() (署名又は記名押印)	
	生年月日	年 月 日生	治療開始日の年齢 () 歳
	住 所	〒	
	電話番号		
夫	(フリガナ) 氏 名	() (署名又は記名押印)	
	生年月日	年 月 日生	
	住 所	☐ 妻と同じ (妻と異なる場合は以下に記載) 〒	
	電話番号		
婚姻年月日		年 月 日	☐ 婚姻していない (事実婚関係にある)
☐ 助成要件確認のため、牛久市長が住民基本台帳等を確認し、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。			
☐ この申請に係る不妊治療について、牛久市以外の地方公共団体の助成は受けていません。			
☐ 治療開始日から申請日までの間、引き続き夫婦のいずれか一方が牛久市内に住所を有しています。			
☐ 申請日以降も 1 年以上引き続き牛久市内に住所を有する意思があります。			

※添付書類

- 1 不妊治療（先進医療）受診等証明書（様式第 2 号）
- 2 保険医療機関の発行する領収書及び明細書
- 3 その他関係書類 ※以下に該当する場合のみ
 - ・夫婦の一方が市外に在住の場合
 - ①住所を確認できる書類(マイナンバーカード、免許証、住民票など)、②夫婦それぞれの戸籍謄本
 - ・事実婚関係にある場合
 - ①事実婚関係に関する申立書（様式第 3 号）②夫婦それぞれの戸籍謄本

市 記 入 欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	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	☐ 40歳未満→通算 6 回まで ☐ 40歳～42歳→通算 3 回まで	保険診療による治療実施 回数：通算 回目	
	市町村への申請回数： 回目			
	コード：妻 () 夫 () 住定年月日 () 市税等滞納 (有・無)			
	備考欄			

