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

表 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 (フリガナ) 氏 イスリガナ) 氏 イスリカナー ((署名又は記名押印) 生年月日 年 月 日生		(フリカ		()		
要 (フリガナ) (アリガナ) (アリガナ) (アリガナ) (アリガナ) (アリガナ) (アイン・アント・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・		氏	名		(署名又は記名押印)					
住 所 〒 電話番号 (フリガナ) 氏 名 (署名又は記名押印)	事	生年月日			年	月	日生	三 治療開始日の年齢()歳		
(フリガナ) (氏名 (署名又は記名押印)	女	住	所	₸						
氏 名 (署名又は記名押印)		電話番号								
(者名人は記名押印)		(フリガナ)		()		
生年11日 年 日 日生		氏	名					(署名又は記名押印)		
		生年月	月		年	月	日金	生		
夫 口妻と同じ (妻と異なる場合は以下に記載) 〒	夫	(妻と異なる場合は以下に記載))		
電話番号		電話番	音号							
婚姻年月日 年 月 日 □婚姻していない (事実婚関係にある)	婚如	婚姻年月日			年	月	日			
□ 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

	申請受理年月日			(承認・不承認) 沒	央定年月日	3	
市記入欄	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		→通算6回まで 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						