

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 婚姻していない (事実婚関係にある)
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。		

※申請時に必要な添付書類

- 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（先進医療を実施した日のもの）
- 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市外在住の方の住所を確認できる書類(マイナンバーカード、免許証、住民票の写しなど)
    - ②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	<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	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			