

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

恵那市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

恵那市長様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

		(ふりがな) 氏名	生年月日	
対象者	夫	()	昭和 平成	年 月 日(歳)
	妻	()	昭和 平成	年 月 日(歳)
	住所	〒 - 電話 ()		
	配偶者の住所が異なる場合は記載	〒 - 電話 ()		
<p>申請額 (※治療に直接要した費用のうち、他の助成を受けた額を除いた額を下記により算出)</p> <p>(男性不妊治療分除く) 金 円 (上限額10万円)</p> <p>(男性不妊治療分) 金 円 (上記治療費の2分の1、または25,000円のうち少ない方の額)</p> <p>(申請額合計) 金 円</p> <p>恵那市特定不妊治療費助成事業の申請のため、住民基本台帳及び課税台帳を閲覧する事を承諾します。また、申請の適正を判断するために必要な場合は、恵那市以外の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会・提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印</p> <p>申請者の配偶者 _____ 印 (夫及び妻が署名又は記名押印)</p>				
過去の助成の有無等 (該当する箇所には○を付けるか、又はご記入ください)	過去に、恵那市又は他の市町村・都道府県・指定都市・中核市から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。) ない・ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 月)			
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	

注) 太枠の中をご記入ください。

(添付書類)

- 1.岐阜県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 2.恵那市特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 3.特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(治療期間内のもの)
- 4.法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
- 5.夫及び妻の住所を確認できる書類
- 6.夫及び妻の児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書

※添付書類4,5,6は申請書の同意欄に記名があれば必要ありません。