

第1号様式（第6条関係）

焼津市不育症治療費助成申請書

年 月 日

（宛先）焼津市長

住所
申請者

氏名
電話 ()

印

- 焼津市不育症治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。
 なお、助成金の交付要件の確認のため必要な場合は、次のことについて承諾します。
- (1) 住民基本台帳、戸籍等の状況について、市が確認し、又は他の市区町村から情報を得ること。また、過去の不育症治療費助成の状況について市が他の市区町村から情報を得ること。
 - (2) 加入している健康保険組合等から、独自に医療費を助成する制度の有無及び該当について、市が情報を得ること。
 - (3) 市が所得の情報を得ること。

(ふりがな) 夫の氏名	()	夫の生年月日 (年 齢)	年 月 日 (歳)
(ふりがな) 妻の氏名	()	妻の生年月日 (年 齢)	年 月 日 (歳)
※夫婦の一方の住所が申請者と異なる場合は、その異なる住所等		〒 電話 ()	
加入医療保険	夫	【種別】市町村国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
	妻	【種別】市町村国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
過去に不育症治療費の助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた () 年 () 月頃 助成を受けた市区町村は () 市・区・町・村			

（以下は、記入不要です。）

領収金額	円	受給者番号	
対象外の経費	円	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
助成対象経費	円	交付決定額	円

（添付書類）

- 1 焼津市不育症治療費助成受診等証明書（第2号様式）
 - 2 不育症治療を受けた医療機関発行の領収証又はその写し
 - 3 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（外国人にあつては、公の機関が発行した書類（法律上の婚姻をしていることの確認ができるものに限る。））
 - 4 夫及び妻の住民票の写し（申請日から3か月以内に発行されたもの）
 - 5 夫及び妻の所得額を証明する書類
- ※3～5は該当者のみ