

稲敷市不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

稲敷市長 様

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、稲敷市不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により申請します。

記

代 表 申請者	(フリガナ) 氏 名	(夫 ・ 妻)							
	生年月日	年 月 日生		治療開始日の年齢 () 歳					
	住 所	〒							
	電話番号								
申請者	(フリガナ) 氏 名	(夫 ・ 妻)							
	生年月日	年 月 日生		治療開始日の年齢 () 歳					
	住 所	〒							
	電話番号								
婚姻年月日		年 月 日		☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）					
申 請 額		金 円		※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額					
代 表 申請者振 込先	金融機関名					支店名			
	預 金 種 別	普通 当座	フリガナ						
			口座名義						
	口 座 番 号								(左詰記入)
☐ 助成要件確認のため、市が住民基本台帳及び市税等の収納状況その他支給要件に関する事項を確認し、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、稲敷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、夫婦双方が 1 年以上、本市に住所を有しています。									
☐ 夫婦双方が、申請日から 1 年以上、稲敷市内に定住の意思があります。									

※添付書類

- 1 稲敷市不妊治療（先進医療）受診等証明書（様式第 2 号）
- 2 夫婦の住所及び夫婦であることを証明する書類【市の公簿等の照会に同意した場合は省略できる】
- 3 治療に要した費用の領収書及び明細書の原本
- 4 市税に未納がないことを証明する書類【市の公簿等の照会に同意した場合は省略できる】
- 5 振込先が確認できる書類の写し
- 6 その他関係書類（事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書）

市 使 用 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
	市への申請回数： 回目			
	備考欄			

