

神栖市不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

年 月 日

神栖市長 様

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

代 表 申請者	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻) (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		
申請者	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻) (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		
婚姻年月日		年 月 日	☐ 事実婚 (戸籍謄本の写し及び申立書を添付)
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
☐ 助成要件確認のため、関係書類の提出に代えて神栖市備付けの住民基本台帳及び市税等の納付状況について公簿を照会すること及び領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。			
☐ この申請に係る不妊治療(先進医療)の費用について、神栖市以外の地方公共団体の助成金等は受けていません。			
☐ 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方が神栖市内に住所を有しています。			

※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 先進医療費の領収書及び明細書の写し
- 3 その他関係書類
 - ・公簿により確認できない場合、市税等に滞納がないことを証明できる書類
 - ・公簿により確認できない場合、住所及び婚姻関係を証する住民票記載事項証明書又は戸籍の全部事項証明書
 - ・夫婦の一方が市外に在住の場合、遠隔地への単身赴任を証明する書類（住民票等）
 - ・事実婚関係にある場合、事実婚関係等に関する申立書（様式第 3 号）及び夫婦それぞれの戸籍謄本の写し

市 記 入 欄	申請受理年月日		(交付・不交付) 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			