

(表)
不妊治療助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

古河市長 宛て

申請者 氏名 _____ (自署又は記名押印)

申請者は市民の方のみ

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

古河市不妊治療助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

なお、古河市が次の金融機関の口座に助成金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

【夫】	氏名	古河 太郎						
	生年月日	〇〇年 △月 ××日生						
	住所	古河市〇〇町△△-× (アパート名も記載)						
【妻】	氏名	古河 桃花						
	生年月日	〇〇年 △月 ××日生 治療開始日の年齢 (〇〇) 歳						
	住所	古河市〇〇町△△-× (アパート名も記載)						
婚姻年月日		〇〇年 △月 △日			<input type="checkbox"/> 事実婚 (戸籍謄本及び申立書を添付)			
治療期間		〇〇年 △月 ××日 ~ 〇〇年 □月 ××日			※受診等証明書と同一の日付を記載			
生殖補助医療		<input type="checkbox"/> 保険診療として実施 <input type="checkbox"/> 保険適用外として実施			<input checked="" type="checkbox"/> 当てはまるものに			
申請額		円			※助成上限額50,000円と先進医療に係る治療費の自己負担額を比較して低い方の額			
申請者振込先	金融機関名	〇〇 銀行・信用金庫 信用組合・農協			△△ 支店 出張所			
	預金種別	普通 当座		フリガナ 口座名義		コガ モモカ 古河 桃花		
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7 (左詰記入)
<input type="checkbox"/> この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、古河市が必要な範囲で、夫婦の住民基本台帳情報及び市税の納付状況を確認すること、並びに受診等証明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。 <input type="checkbox"/> この申請に係る不妊治療について、国、古河市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 <input type="checkbox"/> 「1回の治療」の初日から起算して1年以上、夫婦のいずれか一方が古河市内に住所を有しています。								
年 月 日		夫の氏名 _____ (印) 妻の氏名 _____ (印) (自署又は記名押印)						

※裏面の添付書類も御確認ください。

(裏)

【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) 医療機関発行の領収書（原本）及び診療報酬明細書（原本）
- (3) ※市税に滞納がないことを証明する書類
- (4) ※申請者及びその配偶者の住所を証する書類
- (5) ※申請者及びその配偶者の婚姻関係を証する書類（戸籍謄本）又は事実婚等に関する申立書（様式第3号）
- (6) 振込口座通帳の写し等口座情報が分かるもの

※（3）、（4）及び（5）については、市が保有する公募等により確認できる場合であって、上記同意欄により同意するときは、添付を省略することができます。

-----古河市処理欄-----

	夫	妻
住民となった日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 公募確認（戸籍・住民基本台帳）	年 月 日 <input type="checkbox"/> 公募確認（戸籍・住民基本台帳）
市税滞納	有 ・ 無	有 ・ 無
治療開始時妻年齢	（ ）才	