

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

瑞穂市長 様

申請者氏名 (印)  
 申請者の配偶者氏名 (印)

特定不妊治療費助成申請書

瑞穂市特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

		氏 名	生年月日
対 象 者	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
	住 所	〒  電話 ( )	
	夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入(注を参照)	〒  電話 ( )	
<p>本申請の適正を判断するために必要な場合は、瑞穂市が保有する住民基本台帳及び課税台帳を閲覧することを承諾します。</p> <p>また、申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会及び提供並びに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>配偶者氏名 _____ (印) (夫及び妻が署名又は記名押印)</p>			
申請額	A 治療費の自己負担相当額 _____ 円 B 医療保険等の規定による給付額 _____ 円 C 岐阜県よりの助成給付額 _____ 円 D 助成申請額(A-B-C) _____ 円 (ただし、10万円を超える場合は10万円とする。)		

注 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。

- (添付書類) 1. 特定不妊治療費助成受診等証明書(様式第2号)  
 2. 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書  
 3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを確認できる書類  
 (6の書類がある場合は不要)  
 4. 夫及び妻の住所が確認できる書類  
 5. 夫及び妻の前年(1月から5月までの申請については前々年)の所得を証明する書類(児童手当法施行令による控除が確認できる所得・課税証明書)  
 6. 県の特定不妊治療の対象者である場合には、その認定通知書
- ※なお、上記について同意され、本市で確認できる場合は、3から5は省略可。