

瑞穂市長 様

申請者氏名

男性不妊治療費助成申請書

瑞穂市男性不妊治療費助成事業実施要綱第7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。

		(ふりがな) 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1 )	〒	電話 ( )
本申請の適性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。(注2) また、申請の適性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。			
申請者氏名		(夫及び妻が署名)	
配偶者指名			
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) ÷ 2	_____ 円	
(ただし、上限5万円とし、1,000円未満は切り捨てる。)			

注1 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。

注2 令和3年1月1日以降に治療が終了した場合は、課税台帳については閲覧を行いません。

- (添付書類) 1. 男性不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）  
2. 男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書