

第1号様式（第6条関係）

伊東市不妊等治療費助成金支給申請書

4年 4月 1日

申請日に伊東市に住民登録がある夫婦のどちらかの氏名を記載してください。助成が決定されると、申請者名義の口座に助成金が振り込まれます。申請者ではない配偶者名義の口座への振込はできません。

住所 **伊東市大原〇ー△ー□**
申請者氏名 **健康 花子** (印)
電話番号 **37-0000**

不妊等治療費助成金を支給されるよう、関係書類を添えて申請します。

なお、当該不妊等治療に係る伊東市以外の地方公共団体（市町村を指す。以下「関係市町村」という。）を除く。）は受けていません。

申請者夫婦が加入する公的健康保険から、不妊等治療に関する給付（高額療養費・任意の給付）があった場合は「有」とし、金額を記入してください。

(フリガナ) 夫の氏名	健康 太郎	夫の生年月日	
(フリガナ) 妻の氏名	健康 花子	妻の生年月日	
高額療養費の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
静岡県による補助の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	補助額	円
任意の給付の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	金額	円
受診した医療機関の名称	医療機関の名称をご記入ください。		

- 私は、不妊等治療費助成金支給決定に当たり、内容確認のため、審査に必要な公簿の閲覧に同意します。
- 私は、不妊等治療費助成金支給決定に当たり、内容を御理解いただき、チェックボックスにチェックをいれてください。（2か所）
- 私は、不妊等治療費又は任意の給付の決定を受けた場合は、その旨を伊東市長に報告します。

申請者署名 健康 花子

(添付書類)

- 1 不妊等治療受診証明書（第2号様式） **申請者の方が自著してください。**
- 2 自己負担額明細書
- 3 医療保険各法の被保険者証等の写し
- 4 不妊等治療を受けた医療機関等が発行した領収書
- 5 申請者が事実婚関係にある場合は、両人の戸籍全部事項証明書及び事実婚に関する申立書（第3号様式）
- 6 保険適用の支給対象治療を受けた場合は、限度額適用認定証等の写し
- 7 保険者から高額療養費や保険者の規約等の定めるところによる任意の給付の決定を受けた場合は、その額を確認することができる書類
- 8 静岡県による補助を受ける場合は、その額を確認することができる書類
- 9 その他市長が必要とする書類