

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

年 月 日

伊東市長 様

住所
申請者 氏名 (印)
電話番号

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。

また、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並びに関係機関への調査及び報告を求めることについて同意します。

なお、当該不妊等治療に係る伊東市以外の地方公共団体による助成（静岡県の補助金を除く。）は受けていません。

(フリガナ) 夫の氏名		夫の 生年月日	年 月 日(歳)
(フリガナ) 妻の氏名		妻の 生年月日	年 月 日(歳)
付加給付等の有無	有 ・ 無	金額	円
静岡県補助金交付要綱による補助金の受給の有無	有 ・ 無	補助額	円
受診した医療機関の名称及び所在地			

(添付書類)

- 1 不妊等治療受診証明書（第2号様式）
- 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 「静岡県補助金交付要綱による補助金の受給者の有無」が「有」の場合は、当該補助金の額を確認することができる書類
- 6 医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規定の定めるところによる任意の給付を受ける場合は、当該給付の額を確認することができる書類
- 7 その他市長が必要とする書類

(裏面)

(市処理欄)

申請受理年月日	年 月 日	住民登録		所得確認	
過去伊東市の助成を受けた年度及び回数	年度 回 年度 回 年度 回	年度 回 年度 回	年度 回 年度 回	不育症治療 年度 回 年度 回	
今までの助成総額	円				
算定額	不妊治療費 (A)	円			
	不育症治療費 (B)	円			
	県助成額 (C)	円			
	助成金対象額 (A) + (B) - (C)	円			
	助成金額	円			
助成残額					円

妻個人コード		夫個人コード		世帯コード	
--------	--	--------	--	-------	--

県申請	有・無	特定不妊治療以外の治療
県確認		今回は申請しない
		所得・回数等の制限