

伊東市不妊等治療費助成金支給申請書

3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。

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（以下、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	昭和
(フリガナ) 妻の氏名	健康 花子	妻の生年月日	昭
付加給付等の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 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

医療機関の住所・名称をご記入ください。