

様式第1号（第6条関係）

牧之原市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

牧之原市長

住所
申請者 氏名 (印)
電話 ()

牧之原市特定不妊治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな)	()	夫の生年月日	年 月 日
夫の氏名		(年 齢)	(歳)
(ふりがな)	()	妻の生年月日	年 月 日
妻の氏名		(年 齢)	(歳)
夫の住所	〒 電話 ()		
※夫と妻の住所が異なる場合は、妻の住所を記入	〒 電話 ()		
過去の他の地方公共団体（市町村）からの助成受給	無 ・ 有 () 市・町・村 有の場合 () 年度()回、() 年度()回 今回の治療は2人目以降の特定不妊治療ですか。 いいえ ・ はい→ (子の出生日 年 月 日) (子の出生日 年 月 日)		
今回治療分の他の地方公共団体（県等）からの受給額	有 ・ 無 () 都・道・府・県・市（政令市） 金額 () 円	今年度 牧之原市 助成受給	有 ・ 無
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 支店	預金種別 普通・当座
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人	()	

交付要件の確認に当たり、申請者並びにその配偶者の住民基本台帳、戸籍及びこの助成金の以前の受給状況を牧之原市が確認することに同意します。

名前 (夫自署) 名前 (妻自署)

(以下は記入不要です。)

受給番号		承認・不承認 決定年月日	年 月 日
男性不妊治療費を除く 領収金額	円	男性不妊治療費 領収金額	円
上記のうち 対象外の経費	円	上記のうち 対象外の経費	円
男性不妊治療費を除く 助成対象経費	円	男性不妊治療費 助成対象経費	円
男性不妊治療費を除く 交付決定額	円	男性不妊治療費 交付決定額	円

(添付書類)

- 1 特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)又は事業実施の地方公共団体に提出した特定不妊治療等を証明する書類の写し
- 2 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書(外国籍を有する者にあつては、公の機関が発行した書類)。ただし、夫と妻が婚姻していることが牧之原市で確認できる場合は、不要。
- 3 特定不妊治療を受けた指定医療機関発行の領収書又は治療費の支払いを証明する書類
- 4 牧之原市で所得が確認できない場合は、前年(1月から5月までの間に申請しようとする場合は、前々年)の所得証明書
- 5 国の特定不妊治療費助成事業を実施する地方公共団体による補助金等を申請した者は補助金交付決定及び確定通知書又は補助金交付決定を行わない旨の通知書