

第1号様式（第6条関係）

伊勢原市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 氏 名
住 所 伊勢原市
電話番号

次のとおり、伊勢原市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

申請者名	ふりがな 年 月 日生（ 歳）	
配偶者名	ふりがな 年 月 日生（ 歳）	
居 住 地	（〒 ） 伊勢原市 （ 電話 ）	
加入医療保険 （申請者）	【種別】国民健康保険・組合同保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者	
加入医療保険 （配偶者）	【種別】国民健康保険・組合同保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者	
医療機関名	所 在 地 電話番号（ ）	
助成金申請額	円	（本人負担額の1／2で上限額 が20万円 千円未満切捨て）
申請理由	☐ 出産（流産、死産等を含む。）により治療が終了したため ☐ 治療期間が1年経過したため	
助成金受領の 有無	過去に伊勢原市不育症治療の助成を受けたことが ☐ ない ☐ ある 有の場合：初回申請の時期（ ）	
同 意	この申請に当たり、住民登録、所得額及び納税状況等について、調査することに同意します。 申請者氏名 配偶者氏名	
【重要】	治療期間が1年を超える場合は、治療開始日から1年経過した最終治療日ごとに申請をしてください。 申請は1年度当たり1回とし、申請初年度から5年度に限ります。 申請可能期間は、申請理由の最終治療日から1年以内になります。	