

第1号様式（第7条関係）

伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり、伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業実施要綱第7条の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	氏名	ふりがな	生年月日 年 月 日生（ 歳）
	住所	郵便番号（ - ）	電話
配偶者等	氏名	ふりがな	生年月日 年 月 日生（ 歳）
	住所	郵便番号（ - ）	電話
事実婚の方は、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/>			
先進医療に要した費用	金	円	受診等証明書（第2号様式）に記載の先進医療費用の合計
助成金申請額	金	円	上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額 上限50,000円（1,000円未満切捨て）
医療機関	【名称】 【住所】		【電話番号】
<input type="checkbox"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。			
同意	<input type="checkbox"/> この申請に当たり、夫婦の婚姻関係、住所及び納税状況等について、市が調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 当該申請の特定不妊治療（先進医療分）について、他の自治体から助成制度の適用を受けていません。 <input type="checkbox"/> 申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の返還に同意します。 申請者氏名  配偶者等氏名		
職員記入	【添付書類】 <input type="checkbox"/> 受診等証明書（第2号様式） <input type="checkbox"/> 申請者及び配偶者等が被保険者等であることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 領収書及び診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書 <input type="checkbox"/> 住民票（一方が他市の場合） <input type="checkbox"/> パートナーシップ宣誓書受領証		
	【確認】 <input type="checkbox"/> 申請は、1回の治療が終了した日（医師の判断に基づき治療を中断した場合は、中断した日）の属する月の翌月から起算して6月以内。 <input type="checkbox"/> 納税確認（滞納 無・有） <input type="checkbox"/> 住民日（申請者：      配偶者等：      ） <input type="checkbox"/> 申請回数（ 回目） <input type="checkbox"/> 受付者（      ）		