

様式第 1 号(第 4 条関係)

年 月 日

甲斐市長 様

甲斐市一般不妊治療費助成金交付申請書

次のとおり関係資料を添えて、一般不妊治療費の助成を申請します。

申請者	夫	ふりがな	市民になった日					
		年 月 日生 (歳)	年 月 日					
	妻	ふりがな	市民になった日					
		年 月 日生 (歳)	年 月 日					
	住所	甲斐市						
	住所(2) ※夫婦の住所が異なる場合	甲斐市						
婚姻の届出	☐ 有 (法律婚) ☐ 無 (事実婚)							
申請額 ※市が記入		円						
○甲斐市における過去 (助成回数をリセットしている場合はリセット後から) の一般不妊治療費助成受給の状況 有 ・ 無 【受給回数 回】 1 回目 (年度) ・ 2 回目 (年度) ○助成回数のリセット (出産等によりこれまでの助成回数をリセットすることができます) ☐希望する ○助成制度利用後に出産した場合 (上記で助成回数のリセットを希望した場合にご記入ください。) 子の氏名 / 生年月日 (氏名 / 年 月 日) 上記記載に相違ありません。また、助成の適性を図るために必要な場合は、他の自治体等に情報の照会、提供をすること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することに同意します。 申請者(夫)氏名 (印) (妻)氏名 (印)(夫及び妻が自署又は記名押印)								
振込先 (申請者いずれかの口座)	金融機関名			本支店名				
	種別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

添付書類 1 不妊治療費助成金受診等証明書 2 証明部分の領収書の写し 3 夫婦の保険証の写し
4 事実婚の場合：戸籍謄本・事実婚関係に関する申立書
5 法律婚で夫婦が別世帯の場合：戸籍謄本
6 死産 (妊娠 1 2 週以降) による回数リセットを希望する場合：死産届の写し等 (母子健康健康手帳の「出産の状態」のページの写し等でも可)

■日中に連絡が可能な連絡先をご記入ください。(電話番号：)