

記入例

令和●年●月●日

修正液や修正テープは使用不可。訂正箇所はすべて二重線で訂正印が必要となります。

様式第1号(第4条関係)

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。

Application form table with fields for applicant (husband/wife), address, marital status, and application amount. Includes a callout box: 「申請額は確認が必要な為、空欄のままお持ちください。」

○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 1回】

1回目（令和2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希望する）

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）

子の氏名/生年月日（氏名 甲斐 一郎 / 令和2年●月●日）

助成回数をリセットする場合は「希望する」にチェックしたうえで、出産した子の氏名、生年月日を記入してください。（妊娠12週以降の死産の場合はその旨を記載してください。）

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 甲斐 太郎 (妻)氏名 甲斐 花子

Payment information table including bank name (甲斐銀行), branch (支店), account type (普通当座), and account number.

- 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12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：●●●-●●●●-●●●●）