

第 1 号様式（第 6 条関係）

綾瀬市不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛 先）綾瀬市長

住 所 綾瀬市

申請者 氏 名

電話番号

綾瀬市不育治療費助成事業実施要綱第 6 条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務にあたり、住民基本台帳及び夫婦の市税の納付状況を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することを同意します。

夫 氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
妻 氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
住 所			
連絡先	()	婚姻関係	☐ 法律婚 ☐ 事実婚 ※ ☒ してください
加入医療保険 (夫)	【種別】国民健康保険・組合金保・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 (妻)	【種別】国民健康保険・組合金保・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	金 円	(本人負担額の 1 / 2 で 1 年度の上限額が 3 0 万円)	
申請理由	☐ 治療が終了し、出産に至ったため (年 月 日出生) ☐ 治療途中で今回の妊娠が終了したため ☐ その他 ()		
過去の 助成状況	過去に不育治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある→過去、() 回受けている。() 年 () 月頃 助成を受けた市町村名 綾瀬市・その他 ()		