

第1号様式（第5条関係）

平塚市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

(提出先)

平塚市長

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、添付書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏名			
	住所	平塚市		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
申請者の 配偶者	ふりがな 氏名			
	住所	平塚市		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
治療費支払額（※1）				円
県要綱による助成額（※2）				円
申請額〔※1から※2を差し引いた額(1,000円未満切捨て)と100,000円のうちの低い金額〕				円
同意	この申請に当たり、申請者及びその配偶者の住民登録記載事項及び納税状況を確認することについて同意します。 申請者氏名 _____ 配偶者氏名 _____			
添付書類	<input type="checkbox"/> 神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 神奈川県に提出した特定治療支援事業受診等証明書の写し <input type="checkbox"/> 特定不妊治療に要した治療費（保険外診療）の領収書の写し <input type="checkbox"/> 住所が確認できる書類(*1) <input type="checkbox"/> 納税状況が確認できる書類(*2) *1及び*2の書類は、同意欄に記名した場合は不要です。			

【ここから下は記入しないでください。】

交付・不交付決定年月日	助成決定金額
	円
住民登録 確認年月日	納税状況 確認年月日