

平塚市不妊治療（先進医療）費助成申請書（同意書）兼請求書

(宛先)
平塚市長

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療（先進医療）費の助成を申請します。
 なお、当該申請の不妊治療について、他の自治体から助成制度の適用を受けていません。
 また、助成金支払事務に当たり、助成対象者の住民基本台帳及び市税等の納税状況の確認、必要により領収書及び診療報酬明細書の内容について医療機関、調剤薬局、保険者等への問い合わせ、助成金の交付状況について他の自治体への照会を行うことに同意します。
 申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の全部又は一部の返還に同意します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	住所	郵便番号 (-)		電話 ()		
配偶者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	住所	郵便番号 (-)		電話 ()		
事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む。) <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。(1,000円未満は切り捨て) 上限50,000円		
同意欄	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:		
<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。						
振 込 先	金融機関名	銀行		本店	支店コード	
		金庫		支店		
		農協		出張所		
	預金種別	普通 当座	(フリガナ)	()		
	口座番号	口座名義人(夫婦いずれか)		(左詰め記入)		

- (注)1 太枠の中を記入してください。
 2 以下の書類を添付してください。
 (1) 平塚市不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書（第2号様式）（必須）
 (2) 保険医療機関の発行する領収書及び診療報酬明細書のコピー（必須）
 (3) 住民票の写し
 (4) 戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）又は戸籍個人事項証明書（戸籍抄本）
 ※ただし、住民票の写しで夫婦関係が確認できる場合は不要とする
 (5) 事実婚関係に関する申立書（第3号様式）又はパートナーシップ宣誓書受領証（事実婚関係にある者に限る）
 (6) 納税状況が確認できる書類
 ※(3)(4)(6)については、市で内容を確認でき同意していただいた場合は不要

※職員記入欄

決 定
年 月 日
承 認 ・ 不承認