

第1号様式（第5条関係）

平塚市不育症治療費助成申請書

年 月 日

（提出先）

平塚市長

不育症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 配偶者等	ふりがな 氏 名			
	住 所	平塚市		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
同意	<p>この申請に当たり、申請者及びその配偶者等の住民登録記載事項及び課税状況並びに納税状況を確認することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">配偶者等氏名 _____ 印</p>			
添付書類	<p><input type="checkbox"/> 平塚市不育症治療医療機関等証明書（第2号様式）</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関が発行する領収書及び診療報酬明細書の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者及び配偶者等に係る課税証明書（*1）</p> <p><input type="checkbox"/> 婚姻関係あるいは事実婚であることを証明できる書類（*2）</p> <p><input type="checkbox"/> 住所が確認できる書類（*3）</p> <p><input type="checkbox"/> 市税等の納付状況が確認できる書類（*4）</p> <p>*1、*2、*3、*4の書類は、同意欄に自筆の署名または記名押印した場合、添付不要です。</p>			

----- 【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	治療費支払額	助成決定金額
	円	円
住民登録 確認年月日	婚姻 確認年月日	納税状況 確認年月日

※助成金額は治療費支払額の30万円を限度とし、1,000円未満は切捨てとする