

年 月 日

多度津町長 様

申請者 氏名 印

多度津町特定不妊治療（生殖補助医療）費助成事業申請書

多度津町特定不妊治療（生殖補助医療）費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 夫 氏 名		年 月 日生（ 歳）
ふりがな 妻 氏 名		年 月 日生（ 歳）
住 所	〒	電話（ ）
※夫婦の住所 が異なる場合	〒	電話（ ）
申 請 額	申請額（男性不妊治療分を除く。）	金 _____ 円
	申請額（男性不妊治療分）	金 _____ 円
	申請額合計	金 _____ 円
過去の助成の有無 (該当する箇所に○ を付けるか、又はご 記入下さい。)	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことはない。	
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがある。(下記にご記入下さい。)	
	助成時期	
	自治体名	
	金 額	
	助成時期	
	自治体名	
金 額		
過去に助成を受け た後の出産（12 週 以降の死産を含む） の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> →	出生前の助成回数をリセットすることができ、その場合は戸籍謄本（死産の場合は母子健康手帳の写し等）が必要です。
	<input type="checkbox"/> 無	子の 氏名 _____ 出生 年月日 _____ 年 月 日

※ 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

※ 添付書類については、裏面を参照してください。

(添付書類)

- 1 多度津町特定不妊治療（生殖補助医療）費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 - * 世帯全員の住民票(続柄の記載のあるもの)・・・夫婦同一世帯のとき
 - * 夫及び妻の住民票・全部事項証明書(戸籍謄本)・・・夫婦別世帯のとき
- 3 夫及び妻の所得額を証明する書類(市町村の発行する所得証明書等)
- 4 夫及び妻の町税の完納を証明する書類(市町村の発行する完納証明書等)
- 5 医療機関が発行した生殖補助医療の領収書及び明細書（要した費用を確認できる書類）
- 6 高額療養費の支給額証明書（保険診療適用分の場合）
（負担限度額認定証の交付を受けて治療をした場合は、その認定証）

※なお、公簿等により確認できる書類については添付不要です。

多度津町特定不妊治療（生殖補助医療）費助成事業に関する同意書

年 月 日

多度津町長 様

夫 氏 名 _____ ㊞

妻 氏 名 _____ ㊞

私たちは、多度津町特定不妊治療（生殖補助医療）費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

1 助成金交付に係る審査のために必要な次の事項を閲覧すること。

- (1)住民基本台帳(本町に住所を有することを確認します。)
- (2)戸籍(法律上の夫婦であることを確認します。)
- (3)前年の所得(1月から5月までの申請にあたっては前々年の所得)
- (4)町税等の納税状況

2 先の受給歴について、以前お住まいの自治体への照会及び他の自治体からの照会に応じること。