

## 下野市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

下野市長 様

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

当該助成金の受領に関し、次の口座の名義人にその権限を委任します。

下野市が実施する住民記録及び婚姻関係の確認、及び市税納付状況の調査について同意します。

申請者氏名		生年月日		住 所	
夫	㊟	昭和・平成	年 月 日 ( 歳)	〒 (TEL )	
妻	㊟	昭和・平成	年 月 日 ( 歳)	〒 (TEL )	
婚姻関係		法律婚 ・ 事実婚			
令和5年4月以降この助成を受けましたか。		有 ・ 無	過去 ( ) 回受けた		
他自治体や医療保険等からの助成金額		有 ・ 無	円		
高額療養費制度申請の有無		有 ・ 無			
付加給付制度申請の有無		有 ・ 無			
振込先	金融機関	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
			普通		

※申請額

円 (100円未満切捨)

添付書類	<input type="checkbox"/> 下野市不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本及び本籍・続柄が記載された個人番号記載のない住民票 ※夫婦が同じ世帯の場合はどちらも不要 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書 (様式第3号) ※夫婦が事実婚関係にある場合 <input type="checkbox"/> 助成金交付決定通知書の写し ※他自治体や医療保険等から給付があるとき <input type="checkbox"/> 治療を受けた方の被保険者証の写し ※治療を受けた時点の被保険者情報がわかるもの <input type="checkbox"/> 当該治療に係る領収書の原本 ※原本確認後、希望により返戻します。 <input type="checkbox"/> 高額療養費、付加給付等の支給額が確認できる書類 ※高額療養費や付加給付を受けた場合
------	--

市使用欄	住民記録確認	年 月 日㊟	市税納付状況確認	年 月 日㊟
------	--------	--------	----------	--------