

菊池市特定不妊治療費助成事業申請書

菊池市長 様

年 月 日

申請に当たって菊池市特定不妊治療費助成事業実施要綱を遵守し、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成金を申請します。

なお、菊池市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、他の自治体における助成状況を照会すること、夫婦の市税の滞納の有無を調査すること、他の自治体からの照会に回答すること及び治療状況に関して実施医療機関に照会することについて、同意します。

	申請者	配偶者	
申請者の氏名及び住所	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	電話番号	- -	
	住所	〒 菊池市	
	夫婦別居の場合の住所	〒 別居しているのは（ 夫・ 妻 ）※該当する方に○を付けてください。 ※別居している住所が分かる書類（住民票など）をご提出ください。	
申請状況	① 先進医療を受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ② 菊池市で先進医療の助成を受けるのは初めてですか。 <input type="checkbox"/> はい、初めてです。 <input type="checkbox"/> いいえ、過去に受けたことがあります。 ⇒ <input type="checkbox"/> 今回の申請は、 <u>今年度通算</u> （ ）回目 ③ 今回の治療分の助成金を、別の自治体等で申請していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ、申請していません。 <input type="checkbox"/> はい、すでに申請済みです。		
治療金額 助成対象の	今回の不妊治療にかかった総額金額 合計 _____ 円 ※「受診証明書」に記載された金額と同額 【内訳】 先進医療部分のみにかかった治療金額 合計 _____ 円		
申請金額	① 特定不妊治療費助成事業に定める助成額 25,000 円 ② 上記記載の「先進医療部分のみにかかった治療金額」に10分の7（0.7）を乗じた金額（1円未満切捨）又は5万円、いずれか低い方の金額 ① 25,000円 + ② _____ 円 = 申請金額 _____ 円		

（添付書類） 菊池市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号） 特定不妊治療費に係る領収書及び診療明細書の写し 事実婚関係にある夫婦については「事実婚関係に関する申立書」（様式第3号）

市記入欄

婚姻関係	有 ・ 無	住所	有 ・ 無	市税滞納	
決定年月日				結果 (交付 ・ 不交 付)	円