

一般不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

申請者

住所

氏名

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり瀬戸市一般不妊治療費等助成金の交付を申請します。
記

対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫（夫とみなす者を含む。）	()	年 月 日生（ 歳）
		マイナンバー (個人番号)	
	妻（妻とみなす者を含む。）	()	年 月 日生（ 歳）
		マイナンバー (個人番号)	
住所（※1）	〒 - 電話 ()		
住所（※2）	〒 - 電話 ()		
申請額	金 ,000円	(本人負担額の1/2で、1年度上限5万円、千円未満は切捨てとなります)	

過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。		
助成金を受けた自治体	時期	助成額
瀬戸市 ・ その他 ()	年 月頃	円
瀬戸市 ・ その他 ()	年 月頃	円
瀬戸市 ・ その他 ()	年 月頃	円
申請受理年月日	(交付・不交付) 決定年月日	
受給者番号		

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦等の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

- (添付書類)
- 1 一般不妊治療費等助成事業受診等証明書
 - 2 領収書
 - 3 法律上の婚姻をしている夫婦であること、又は事実婚関係であることを証明する書類
 - 4 住所地を証明する書類
 - 5 市税の納付状況を確認できる書類
 - 6 市国民健康保険料の納付状況を確認できる書類
 - 7 県内の他市町村で不妊治療の助成を受けたことがある場合は、その受給状況を確認できる書類（交付決定通知書の写し等）
 - 8 医療保険各法の規定に基づく被保険者若しくは組合員又は被扶養者であることを確認できる書類（健康保険証の写し等）