

記入例

記様式第1号(第7条関係)

申請日を記入

年 月 日

関市長 様

申請者名 _____ 印
 申請者の配偶者名 _____ 印

どちらかをチェック

別々の印を使用
 シャチハタは不可

関市特定不妊治療費助成事業の実施に関する要綱第7条の規定により、
 関市特定不妊治療費助成事業の申請を申請します。

婚姻の状況	<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚	氏(ふりがな)名	生 年 月 日
対 象 者	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
住 所	〒		電話 ()
	夫と妻の住所が異なる場合は記入	(夫・妻の住所) 〒	電話 ()
申 請 額	A 治療費の自己負担相当額		円
	B 岐阜県よりの助成給付額		円
	C 助成申請額 (A-B)		円 ただし、上限額 10 万円 (初回に限り 20 万円)
過去の助成の有無等 (該当する箇所を○、又は記入)	過去に、関市、他の市町村又は都道府県から特定不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。(現在申請中の方も含みます。)		
過去の出産の有無等 (該当する箇所を○、又は記入)	過去に特定不妊治療費助成の申請をした後に出産した子がいる 子の氏名 () 子の生年月日 (年 月 日)		
	過去に特定不妊治療費助成の申請をした後に死産した子がいる 子の出産日 (年 月 日)		
前年度の世帯(夫婦合算)の所得額 (1~5月の申請にあつては、前々年) (どちらかに○)	730 万円以上	所得額 = 年間収入額 - 必要経費 - 80,000 円 - 控除額 (*)	
	730 万円未満	(給与所得控除額) (社会保険料等相当額) *雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、勤労学生控除、障害者控除、特別障害者控除	
特定不妊治療費助成金の交付の決定にあたり、裏面の確認すべき事項について関市が照会・確認することに同意します。 申請者氏名【自署】 申請者の配偶者【自署】			

医療機関で記入してもらった
 証明書に記載された金額を記入

申請者、配偶者がそれぞれ署名

注) 太枠の中をご記入ください。
 ※1 : 口座名義人と同一の方が、自署してください
 ※2 : 裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	・承認 ・不承認 年 月 日
---------	-------	-------	-------------------