

関市長 様

申請者名 _____ 印
 申請者の配偶者名 _____ 印

関市特定不妊治療費助成申請書

関市特定不妊治療費助成事業の実施に関する要綱第7条の規定により特定不妊治療に係る助成を申請します。

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 (該当する箇所に○、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まます。) ・ない ・ある 過去 () 回受けた 助成を受けた自治体は [当市 ・ () 市町村 () 都道府県]		
過去の出産の有無等 (該当する箇所に○、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 (*) (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	
	730万円未満		
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】 _____			

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。関市内在住の方に限ります。

※2 : 裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

*以下は、市記入欄につき記入しないでください。

申請受付年月日	年 月 日	決 定 年 月 日	・承認 ・不承認	年 月 日
---------	-------	-----------	-------------	-------

(裏)

【 申請書類の提出について 】

添付書類

- (1) 関市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（別記様式第2号）
- (2) 特定不妊治療に係る治療費の領収書の原本
- (3) 岐阜県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の原本。ただし、申請日前1年以内に通知されたものに限る。
- (4) 夫婦の婚姻状況及び住所並びに過去の治療の後に出生した子の生年月日が確認できる書類。ただし、事実婚（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合をいう。以下同じ。）の場合に限る。
- (5) 事実婚関係等に関する申立書（別記様式第3号）。ただし、事実婚の場合に限る。

【 確認すべき事項について 】

- (1) 特定不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
- (2) 特定不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。
- (3) 対象者の所得状況に関する資料を確認すること（前年所得の状況（1～5月の申請にあつては、前々年））。
- (4) 対象者の市税、保育料、水道料金、下水道使用料その他市に納付すべき金銭の納付状況を確認すること。
- (5) 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- (6) 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付）等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知おきください。