

記入例

記様式第1号(第7条関係)

別記様式第1号(第7条関係)

申請日を記入
(表)
年 月 日

関市長 様

申請者名
申請者の配偶者名

どちらかをチェック
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。

関市特定不妊治療費助成申請書

自署又は署名押印

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・妻の住所) 夫と妻の住所が異なる場合は記入 〒	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みます。) ・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)	
	730 万円未満	*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】			

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

申請者、配偶者がそれぞれ署名

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

記入例

別記様式第5号（第8条関係）

関市長 様

住 所 関市日ノ出町1丁目3番地3

氏 名 関 花子

電話番号

記入しないでください。

年 月 日

自署又は記名・押印

記入しないでください。

関市特定不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令 第 号により交付決定を受けた特定不妊治療費助成金について、~~関市特定不妊治療費助成事業~~の実施に関する要綱第8条第3項の規定により、次のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 _____ 円

2 振込先

金 融 機 関	関市	銀行 金庫 組合 農協	日ノ出	本店 支店 出張所
預 貯 金 種 別	普通当座	口座番号	123456789	
フリガナ	セキ ハナコ			
口座名義人	関 花子			

注意事項

振込先は、申請者（請求者）名義の口座とします。