

様式第1号（第5条関係）

（表）

我孫子市不育症治療等費用助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

我孫子市不育症治療等費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		電話	
	氏名			
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所	〒 我孫子市		
配偶者	フリガナ		電話	
	氏名			
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所	申請者と異なる場合のみ記入してください。 〒		
申請金額	円			
過去の助成歴	千葉県不育症検査費用助成事業又は我孫子市不育症治療等費用助成事業以外に不育症治療に関する助成を受けたことが過去にありますか。  ない・ある（助成決定年月日： 年 月 日）			

添付書類

- 1 不育症治療等実施証明書（様式第2号）
- 2 医療機関が発行した領収書及び診療明細書
- 3 申請者及びその配偶者が婚姻の届出をし、かつ、同一の世帯に属する場合は、申請者及びその配偶者の住民票の写し（本籍及び筆頭者並びに世帯主及び続柄の記載のあるものに限る。）。ただし、裏面の同意書に自署した場合は省略可
- 4 申請者及びその配偶者が婚姻の届出をしているが、同一の世帯に属していない場合は、申請者の戸籍謄本
- 5 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は、申請者及びその配偶者の戸籍謄本並びに事実婚関係に関する申立書（様式第3号）
- 6 千葉県不育症検査費用助成を受けている場合は、千葉県不育症検査費用助成承認決定通知書の写し
- 7 その他市長が必要と認める書類

(裏)

同 意 書

私は、我孫子市不育症治療等費用助成金の交付の決定に当たり、我孫子市が所有する公簿等により、婚姻状況について市職員が確認すること並びに必要な場合には医療機関及び調剤薬局へ照会することに同意します。

我孫子市長 あて

申請者氏名

配偶者氏名