

茅野市不妊及び不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 茅野市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

茅野市不妊及び不育症治療費助成事業実施要綱の規定により助成金の交付を受けたいので、関係書類を添付し申請します。

申請の種類		<input type="checkbox"/> 不妊治療		<input type="checkbox"/> 不育症治療	
加入医療保険	氏名	治療開始年齢	保険者名称(発行機関)		本人被扶養者
	夫				
	妻				
婚姻年月日		年 月 日			
茅野市における不妊治療等の治療費助成金申請は何回目ですか。 不妊治療 (回目) 不育症治療 (回目)					
今回の不妊治療等で、他の地方公共団体等から不妊治療等の助成を受けていませんか。 は い いいえ (助成事業名:)					

(添付書類)

- 1 不妊及び不育症治療費助成事業費医師証明書(様式第2号)
- 2 精巣内精子採取術実施証明書(様式第3号)(第3条第2項第3号に該当する場合に限る)
- 3 事実婚関係に関する申立書(様式第4号)(事実婚関係にある者に限る)
- 4 夫及び妻の市税(国民健康保険税を含む。)の滞納がないことを証明する書面(納税証明書)

※以下の内容について同意をお願いします。なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<ul style="list-style-type: none"> ・対象条件確認のため、住民基本台帳情報について確認させていただきます。 ・助成判定のため、加入保険者等関係機関へ情報を確認させていただく場合があります。 <p>以上の内容に同意します。</p> <p>年 月 日 夫氏名 _____</p> <p>妻氏名 _____</p>
