

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

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。

申請者	氏名	(夫・妻)	生年月日	年 月 日
			電話	
	現住所		加入医療保険名	
配偶者	氏名	(夫・妻)	生年月日	年 月 日
			電話	
	現住所	(申請者と異なる場合のみ記入)	加入医療保険名	
申請の種類	<input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育症治療		治療開始年齢	夫
婚姻年月日	年 月 日			妻
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)

- 茅野市不妊及び不育症治療費助成事業不妊治療等実施医師証明書(様式第2号)(長野県の助成を受けている場合は、長野県不妊治療(先進医療)費用助成事業等証明書又は長野県不育症治療支援事業等の証明書の写し)
- 茅野市不妊及び不育症治療費助成事業精巣内精子採取術実施証明書(様式第3号)(不妊症の一環として行われる手術により精子を採取した場合に限る。)
- 茅野市不妊及び不育症治療費助成事業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。)
- 長野県不妊治療(先進医療)費用助成事業又は不育症治療支援事業交付決定通知書(長野県の助成を受けている場合に限る。)
- 戸籍謄本(市外に住所を有する場合に限る。)

※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"> <li>対象条件確認のため、申請者世帯の住民基本台帳情報、市税の納付に関する情報について確認させていただきます。</li> <li>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。</li> </ul> <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>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------