

藤沢市不育症治療費助成事業申請書

藤沢市長

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。
 なお、助成金の交付に関して必要な市税、住民基本台帳及び戸籍並びに受診内容や領収金額等の情報について、市長が調査、取得、利用すること及び他の市町村における同様の助成の受給状況について当該他の市町村に照会することについて同意します。

※治療終了日から6か月以内にご申請ください

※申請者に市税の未納がある場合、助成を受けられませんので、ご注意ください

太枠 の中をご記入下さい。

	申請者(夫)	申請者(妻)
(ふりがな) 氏名	()	()
生年月日	昭和 年 月 日生 平成	昭和 年 月 日生 平成
申請者 住所	〒 - TEL <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 藤沢市 <small>※平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください</small>	
配偶者 (夫・妻) 住所	〒 - TEL <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <small>※平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください</small> <small>※単身赴任等の理由で、上記の住所と異なる場合のみ記入してください</small>	
申請回数	今年度 回目・通算 年度目 [治療終了日が属する年度で通算してください]	
申請額	円 [申請額は治療費用の総額に2分の1を乗じて得た額(千円未満切り捨て)] <small>【申請額は算用数字を用いて記入してください】</small>	
医療機関	① 不育症の診断を受けた医療機関 (医療機関名)	② 不育症治療実施医療機関 <input type="checkbox"/> ①の診断を受けた医療機関で実施 <input type="checkbox"/> ①から紹介された医療機関で実施 (医療機関名)

市役所 事務処理欄	申請受理年月日	(承認・不承認)決定年月日	助成決定額
	<input type="checkbox"/> 申請額のとおり <input type="checkbox"/> 円
備考			

【提出書類】①藤沢市不育症治療費助成事業申請書 ②藤沢市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書
 ③不育症治療に要した治療費の領収書の写し ④夫婦の健康保険証の写し ⑤戸籍謄本(抄本)
 ※ 申請者の状況に応じて別途書類等の提出をお願いする可能性があります。