

受給者番号

高山市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

(あて先) 高山市長

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費助成を申請します。

なお、本申請の審査を行うにあたり、夫婦の市税の納入状況を調査することを承諾します。

記

婚姻の 状況	<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚	(ふりがな) 氏名	生年月日
対 象 者	夫	()	昭和 平成 年 月 日 (歳)
	妻	()	昭和 平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒	電話 ()
	(夫と妻の住所が異なる 場合は本欄にも記入)	〒	電話 ()
申請者氏名 _____ 申請者の配偶者 _____			
申請額 金 _____ 円 (治療に直接要した費用。ただし、 _____ 万円を超える場合は _____ 万円とする。)			
申請の適正を判断するために必要な場合は、高山市以外の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会・提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。			
過去の助成の有無等(該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください)	過去に、岐阜県以外の都道府県・指定都市・中核市から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます) ・ ない ・ ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 月) ※岐阜県・高山市以外で受けられた助成回数も、通算の助成回数に含みます。		
過去の出産の有無等(該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください)	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)		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1. 岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書及び岐阜県特定不妊治療費助成事業受診承認決定通知書又は高山市特定不妊治療費助成事業受診等証明書
2. 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
3. 世帯全員の住民票(続柄、筆頭者が明記されているもの、マイナンバーの記載がないもの、本籍地省略可) ※3か月以内のもの
4. 戸籍謄本(事実婚、夫婦の住所が違う場合のいずれかに該当する場合に限る) ※3か月以内のもの
5. 事実婚関係に関する申立書(別記様式第7号)(事実婚をしている夫婦に限る)
※ただし、4・5については、岐阜県特定不妊治療費助成事業による承認決定を受けている場合は、添付を省略できる。