

海老名市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

海老名市長 殿

海老名市不育症治療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、証明書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当該申請の不育症治療について、神奈川県を除く他の自治体から助成制度の適用を受けていません。

また、助成金支払事務に当たり、助成対象者の住民基本台帳及び市税等の納税状況等の確認、必要により領収書及び明細書の内容について医療機関、調剤薬局、保険者等への問い合わせ、助成金の交付状況について他の自治体への照会を海老名市職員が行うことに同意します。

さらに、申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の全部又は一部の返還に同意します。

(助成対象者)

申請者	ふりがな 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	住 所			
	連絡先	— —	婚姻関係	☐ 法律婚 ☐ 事実婚 ※ ☒ してください
	加入医療保険	【名称】 【記号・番号・枝番】 【区分】本人・被扶養者		
配偶者 (パートナー)	ふりがな 氏 名	上記記載の事項について同意します。	生年月日 (年齢)	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。		
	加入医療保険	【名称】 【記号・番号・枝番】 【区分】本人・被扶養者		
医療機関		【名称】 【所在地】 【電話番号】 ()		
不育症治療 に要した費用		金 円	医療機関等の発行した領収書又は明細書（本人負担額）の金額	
助成金申請額		金 円	本人負担額の1/2又は1年度の上限額 300,000円のうちいずれか低い金額（1,000円未満切り捨て）	

職員記入欄