

第1号様式（第7条関係）

海老名市特定不妊治療（先進医療）費助成金交付申請書

年 月 日

海老名市長 殿

海老名市特定不妊治療（先進医療）費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当該申請の特定不妊治療について、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	<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 ※☑してください
配偶者 (パートナー)	ふりがな 氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	住所	上記記載の事項について同意します。 申請者と異なる場合のみ記入してください。		
医療機関	【名称】 【所在地】 【電話番号】			
①特定不妊治療に要した費用	金	円	治療期間中医療機関の発行した領収書の合計金額	
②①のうち、先進医療に要した費用	金	円	別添受診等証明書（第2号様式）に記載の先進医療費用の合計額	
助成金申請額	金	円	上限50,000円（1,000円未満切り捨て）	

職員記入欄	添付書類	
	<input type="checkbox"/> 受診等証明書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄（抄）本（住民票で夫婦関係が確認できない場合）
	<input type="checkbox"/> 領収書及び診療報酬明細書の原本	<input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書等
	<input type="checkbox"/> 住民票（一方が他市の場合）	<input type="checkbox"/> （事実婚で、住民票で夫婦関係が確認できない場合）
	
<input type="checkbox"/> 納税確認（滞納 無・有）	<input type="checkbox"/> 住民日（夫： 妻： ）	
<input type="checkbox"/> 申請回数（ 回目 ）	<input type="checkbox"/> 受付者（ ）	