

様式第1号(第6条関係)

湖西市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

申請者 住所
氏名
TEL

湖西市不育症治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

記

(ふりがな) 夫の氏名		夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(夫妻一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入) 〒 TEL ()			
加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保 ・ 組国情保 ・ 健保 ・ 共済 ・ その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人 ・ 被扶養者		
加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保 ・ 組国情保 ・ 健保 ・ 共済 ・ その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人 ・ 被扶養者		
医療機関			
不育症治療に要した 本人負担額 ①	円	湖西市不育症治療費助成事業受診等証明書の 領収金額と一致	
付加給付額 ② (※)	円	保険者からの付加給付がある場合に記入	
申請額	円	① - ②	
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。 () 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は (市・町)			

※： 付加給付の有無については、加入されている健康保険者にお問い合わせください。

(添付書類)

- 1 湖西市不育症治療費助成事業に関する同意書 (様式第2号)
- 2 湖西市不育症治療費助成事業受診等証明書 (様式第3号)
- 3 治療を受けた医療機関発行の領収書
- 4 申請日の前1か月以内に交付を受けた夫及び妻の戸籍謄本又は全部事項証明書
- 5 夫及び妻の前年 (申請日が1月から5月までの間にある場合にあっては、前々年) の所得 (課税) 証明書
- 6 申請日の前1か月以内に交付を受けた夫及び妻の市税の滞納がないことを証する書類
- 7 事実婚関係に関する申立書 ※対象者のみ提出