

年 月 日

枕崎市長 殿

申請者 住 所  
氏 名 印

年度枕崎市不妊治療費助成金交付申請書

年度枕崎市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、枕崎市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に係る審査に当たり、私及び私の配偶者に係る住民基本台帳及び戸籍の情報並びに市税等の収納状況等必要な資料について調査すること、担当職員が閲覧することに同意します。

記

	ふりがな 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日生 ( 歳)
妻		年 月 日生 ( 歳)
住 所 ①	枕崎市	電話番号 ( )
住 所 ②	※ 夫婦の住所が異なる場合に記載してください。 続柄 ( ) 電話番号 ( )	
交付申請額	円	

(添付書類)

- 1 医療機関が発行する不妊治療受診証明書（様式第2号）
- 2 保険適用による生殖補助医療と併用して行われる先進医療の治療の受診に係る費用を申請する場合であって、県要綱による助成の承認決定を受けているときは、当該受診証明書又は市長が当該証明書に代わると認める書類及び先進医療不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 3 不妊治療に係る領収書の写し
- 4 夫と妻の双方の運転免許証、個人番号カード、在留カードその他本人であることを証明する書類の写し
- 5 市税等の完納証明書（夫又は妻が、市外に住民票を有する場合に限る。）
- 6 戸籍謄本その他の婚姻を証明する書類（夫婦が別世帯であって市外に本籍を有する場合に限る。）
- 7 夫及び妻が婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるものである場合は、事実婚関係に関する申立書

※ 市記入欄

申 請 受 理 年 月 日	年 月 日	( 交付・却下 ) 決定年月日	年 月 日
------------------	-------	--------------------	-------