様式第１号（第５条関係）

特定不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

越　前　市　長　　殿

申請者　　氏　名

　越前市特定不妊治療費助成事業実施要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請額 | 金　　　　　　　　　　円（　うち、男性不妊治療分の額　　金　　　　　　　　円　） |
| 助成対象夫婦 | 夫 | フリガナ　（　　　　　　　　　　　　　）氏　　名 | 生年月日年　　月　　日（　　歳） |
| 妻 | フリガナ　（　　　　　　　　　　　　　）氏　　名 | 生年月日年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 〒電話番号（平日・日中の連絡先）　　　　－　　　　－　　　　 |
| 住所※ | 〒　　　　　　　いずれかに○（ 夫 ・ 妻 ）の住所 |
| ※夫婦の住所が異なる場合に記入※今回申請する治療について、本市以外の自治体から助成を受けている場合は、助成をすることができません。 |
| 私たち夫婦に関して、次の事項を越前市長が行うことに（　同意します　／　同意しません　）。1. 住民基本台帳の情報を知る必要がある範囲内で確認すること
2. 市税の課税及び納税の状況を知る必要がある範囲内で確認すること
3. 医療機関及び県や他の自治体に対し、治療及び助成に関する情報の照会並びに提供を求めること
 |

添付書類は裏面をご確認ください。

添付書類

□特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書（原本を持参）

□夫婦両人の申請日時点で直近の納税証明書の写し（非課税の場合は市・県民税（所得・課税）証明書の写し※）

・市税の課税及び納税の状況を市長が確認することに同意した場合は不要です。

・越前市以外の自治体で課税されている場合は、その自治体で取得してください。

□福井県知事が発行した特定不妊治療費助成承認決定通知書（県実施要綱様式第３号）（原本を持参）

□特定不妊治療指定医療機関受診等証明書（県実施要綱様式第２号）の写し※

　次の場合は、以下書類も併せて添付

|  |  |
| --- | --- |
| 法律上の婚姻をしていて世帯分離している夫婦 | □戸籍謄本の写し※ |
| 事実婚の夫婦 | □夫婦両人の戸籍謄本の写し（重婚でないことの確認）※ |
| □夫婦両人の住民票の写し（同一世帯であるかの確認）※・住民基本台帳の情報を市長が確認することに同意した場合は不要です。 |
| 妻の治療と併せて夫の精巣内精子採取術を行った場合 | □精巣内精子採取術受診等証明書（県実施要綱様式第９号）の写し※ |

* …　県申請時に提出した書類の写し