

不妊治療等費用助成金交付申請書

年 月 日

下田市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下田市不妊治療等費用助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(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)
治療に要した費用 (保険適用額を除く)	円		
鉄道運賃	円		
静岡県による補助の有無	有 (補助金額 円) 無		
付加給付の有無	有 無		
治療の対象となる子	第1子・第2子	本年度の申請回数	1回・2回
これまでに助成を受けた年度	年度		

(添付書類)

- 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（外国籍を有する者にあつては住民票又は公の機関が発行した書類で、いずれも婚姻していることが確認できる書類）
- 申請者及びその配偶者の被保険者証の写し
- 不妊治療等受診等証明書（様式第2号）
- 不妊治療等を受診した医療機関発行の領収書
- 静岡県特定不妊治療費補助金交付要綱による補助を受ける場合は、当該補助金の額を確認することができる書類
- 下田市不妊治療等費用助成金の交付に関する同意書

(注) 「領収書」は原本を提出していただきますが、他の用途に使用する等の理由で原本の返却を希望される場合は、原本を窓口で確認の上、コピーを取らせていただきます。この際、領収書原本には、下田市不妊治療等費用助成申請済である旨を押印します。

(注) 付加給付とは、健康保険組合などが法定の医療費負担に加えて独自に行う給付を言います。



下田市不妊治療等費用助成金交付に関する同意書

年 月 日

下田市長 様

申 請 者  
住 所  
氏 名

下田市不妊治療等費用助成金に係る下記の事項について同意します。

記

**助成金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧をすることに関する説明書**

助成金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 課税状況 …（静岡県の特定不妊治療費助成制度の対象になるかどうか等を確認します。）

-----  
**その他医療費助成に関する説明書**

- 1 加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、交付を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。
- 2 この助成金は、限られた公費予算から公正な支出を行うため、静岡県の特定不妊治療費助成制度を優先して受けられるよう定められています。特定不妊治療費について申請された方は、静岡県へ助成状況を確認することがあります。また、助成状況により、助成額の変更又は助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

以 上