



不妊治療費（先進医療分）助成 申請書 兼 請求書

（宛先）秦野市長

年 月 日

次のとおり、秦野市不妊治療費（先進医療分）助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
	住所	郵便番号 (-)	電話	()	
配偶者等	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
	住所	郵便番号 (-)	電話	()	
事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。（過去に事実婚で助成を受けた方を含む。） <input type="checkbox"/>					
先進医療にかかった費用	金	円	受診等証明書（第2号様式）に記載の「先進医療にかかった費用」を記載（※領収書・明細書があること）		
助成金申請額	金	円	上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額（1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）上限50,000円		
同意欄	助成申請を行うに当たり、秦野市に対して、次のことに同意します。 （次の各項目を確認いただき、必ず、 <input type="checkbox"/> にチェック（レ）のうえ、申請者・配偶者等欄に署名してください。）				
	<input type="checkbox"/> 先進医療に係る費用の助成について、他の自治体から助成金等の交付を受けておらず、また秦野市が必要に応じて、他の自治体と情報共有することに同意します。				
	<input type="checkbox"/> 秦野市が住民基本台帳及び市税等の納税状況を確認すること、又は必要に応じて、医療機関、調剤薬局、保険者等の関係機関に必要な情報を確認することにそれぞれ同意します。				
	<input type="checkbox"/> 秦野市による助成後において、申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合には、助成した額を秦野市に返還することに同意します。				
申請者署名		配偶者等署名			
振込先	金融機関・支店	金融機関名	銀行	銀行コード	
		支店名	金庫 農協・他		
	預金の種類	(普通・当座)	口座名義人(フリガナ)	本店	支店コード
				支店 出張所	
口座番号				(右詰記入)	

※やむを得ない理由につき、申請者以外の口座とする場合は、次の委任状に署名が必要です。

【委任状】

フリガナ 代理人氏名	申請者 との関係	代理人生年月日	代理人の住所及び連絡先
		明・大 昭・平	年 月 日
			電話番号 ()

上記の者を代理人と定め、秦野市不妊治療費（先進医療分）助成金の受領を委任します。

申請者署名

- (注) 1 太枠の中を記入してください。
 2 申請時には次に掲げる書類が必要です。
 (1) 秦野市不妊治療費（先進医療分）助成事業における受診等証明書
 (2) 助成対象となる治療に要した治療費の領収書及び診療報酬明細書 ※原本
 (3) 治療を受けた者が加入している健康保険証 ※コピー
 (4) 申請者及び配偶者等の住所及び市税等の納税状況が確認できる書類 ※本市が確認できない場合など
 (5) 振込先に指定する口座が確認できる書類 ※通帳、キャッシュカードなどの金融機関・支店名（コードも含む）、口座番号、口座名義人（主にカタカナ）が確認できるもの