

様式第1号（第6条関係）

小田原市不妊症治療費助成金交付申請書

年 月 日

小田原市長 様

次のとおり、関係書類を添えて不妊症治療費の助成を申請します。また、この申請にあたり必要な場合には、他の自治体に情報の照会を行うこと及び医療機関に領収書並びに関係書類等の内容を照会することについて同意します。

申請者	夫	ふりがな		生年月日	年	月	日
		氏名	㊦	電話番号			
		住所	小田原市				
	妻	ふりがな		生年月日	年	月	日
		氏名	㊦	電話番号			
		住所					
過去の助成回数		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 回（市区町村名）					
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫・組合 農業協同組合		支店名	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	口座名義人（カタカナで記入） （夫婦のいずれかとする）						
特定不妊治療に要した費用（ア）				千			円
県要綱による助成額（イ）				千			円
助成対象額（ア）から（イ）を差し引いた額（1,000円未満切捨て）と50,000円のうちいずれか低い金額				千			円
添付書類	<input type="checkbox"/> 県要綱による助成の決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 医療機関から発行された神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診証明書の写し <input type="checkbox"/> 特定不妊治療に要した治療費（保険外診療）の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 夫婦の住民票及び夫婦であることが証明できる書類（戸籍謄本又は抄本等） <input type="checkbox"/> 夫婦の納税状況を確認できる書類						