

第1号様式 (第6条関係)

小田原市不妊症治療費(先進医療分)助成金交付申請書

年 月 日

小田原市長

次のとおり、小田原市不妊症治療費(先進医療分)助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	(フリガナ) 氏名			生年月日 (年齢)	年 月 日( 歳)			
	住所	郵便番号(    -    ) 電話 (    )						
配偶者等	(フリガナ) 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「先進医療にかかった費用」に10分の7を乗じた金額(1,000円未満切捨て) 上限50,000円			
同意欄	助成申請を行うに当たり、小田原市に対して、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。)							
	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、また小田原市が必要に応じて、他の自治体と情報共有することに同意します。							<input type="checkbox"/>
	小田原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"/>
	小田原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、助成した額を小田原市に返還することに同意します。							<input type="checkbox"/>
	申請書類に記載漏れその他の不備があった際は職員の問い合わせに対応し、当該問い合わせの内容について職員が書類の修正をすること及び申請日から3か月以内に職員への対応及び書類修正ができなかったときは、申請を取下げたとみなされることに同意します。							<input type="checkbox"/>
	助成決定後、助成金の振込不能等があった場合、職員の問い合わせに対応し、当該問い合わせの内容について職員が申請書類の修正をすること及び助成決定日より3か月以内に申請書類の修正ができず助成金の交付ができなかったときは、申請を取下げたとみなされることに同意します。							<input type="checkbox"/>
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					
			本店	支店コード				
		支店						
		出張所						
預金の種類	普通・当座		口座名義人(カタカナ) (夫婦いずれか)					
口座番号							(右詰記入)	

※振込先の口座名義を申請者以外の方とする場合は、以下の委任状の記入が必要です。

<b>【 委任状 】</b>		
私は、本件に係る助成金の受領を以下の者に委任します。		
口座名義氏名	[続柄: ]	住所
年 月 日		申請者氏名
		印

[ 添付書類 ]

- (1) 小田原市不妊症治療費(先進医療分)助成事業受診等証明書(第2号様式)
  - (2) 夫婦の保険証の写し
  - (3) 保険医療機関の発行する領収書の原本及び診療報酬明細書の写し
  - (4) 夫婦の住民票の写し
  - (5) (法律上の婚姻関係にある方)婚姻関係を証明できる書類(例:戸籍謄本や戸籍抄本)
  - (6) (事実婚の方)事実婚関係に関する申立書(第3号様式)及び法律上の婚姻関係がないことを証明できる書類(例:戸籍謄本や戸籍抄本)
  - (7) 夫婦の納税状況が確認できる書類(例:課税証明書や非課税証明書)
  - (8) 振込先口座を確認できるもの(通帳など)の写し
- ※ (4)(5)(7)については、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ができ同意していただいた場合は不要
- ※ 住民票の写しや戸籍謄本等は発行後3か月以内のものをご用意ください。