

小林市特定不妊治療費助成金給付申請書

年 月 日

小林市長 様

(申請者)

住所

氏名

㊞

電話番号

—

—

小林市特定不妊治療費助成金給付要綱第6条の規定により、添付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

| 区 分             | 夫                                                                                           | 妻        |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ふり<br>氏 名       |                                                                                             |          |
| 生年月日            | 年 月 日                                                                                       | 年 月 日    |
| 住 所<br>電話番号     | 〒<br>— —                                                                                    | 〒<br>— — |
| 過去の助成実績         | <input type="radio"/> 本市で助成を受けた回数 ( 回)<br><input type="radio"/> 他の市町村 ( ) で過去に助成を受けた回数 ( 回) |          |
| 申 立 欄           | <input type="radio"/> 今回の助成申請に係る特定不妊治療費に対し、他の市町村からの助成を受けて ( いない ・ いる ) ※予定を含む。              |          |
| 給付を受けようとする助成金の額 |                                                                                             | 円        |

※上記の太枠内をご記入ください。

【小林市記入欄】

|                               |                                                                                            |                       |         |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|
| 申請受理年月日                       | 年 月 日                                                                                      | ( 給付 ・ 不給付 )<br>決定年月日 | 年 月 日   |
| 受給者番号                         |                                                                                            | 過去の助成回数               | 回       |
| 給 付 決 定 額                     |                                                                                            |                       | 円       |
| 算<br>定<br>額                   | 費用額 (A)                                                                                    |                       | 円       |
|                               | 県助成金額 (B)                                                                                  |                       | 円       |
|                               | 助成金対象額 (A - B)                                                                             |                       | 円       |
|                               | 助成金額 (注)                                                                                   |                       | 円       |
| 審<br>査                        | <input type="radio"/> (夫) 住民登録1年以上 定住日 ( 年 月 日)                                            |                       | あり ・ なし |
|                               | <input type="radio"/> (妻) 住民登録1年以上 定住日 ( 年 月 日)                                            |                       | あり ・ なし |
|                               | <input type="radio"/> 他の市町村からの助成の重複                                                        |                       | あり ・ なし |
|                               | <input type="radio"/> 市税 (国民健康保険税を含む。) 完納 ・ 未納 ( )                                         |                       |         |
|                               | <input type="radio"/> 県要綱別添2の治療記号 ( )<br>(注) 1回の治療につき5万円 (県要綱別添2のC又はFの治療の場合には2万5,000円) を限度 |                       |         |
| <input type="radio"/> その他 ( ) |                                                                                            |                       |         |

(添付書類) 1 宮崎県助成金給付決定通知書の写し

2 上記1に係る助成金給付申請時に提出した、医療機関が発行する特定治療支援事業受診等証明書の写し

3 医療機関が発行する領収書の写し

4 同意書