

様式第 1 号（第 8 条関係）

那須塩原市不妊治療（先進医療）費助成申請書

年 月 日

那須塩原市長 様

那須塩原市不妊治療（先進医療）費助成金交付要綱第 8 条の規定により、次のとおり書類を添えて不妊治療（先進医療）費の助成を申請します。

また、助成要件確認のため本市が保有する住民基本台帳及び納税状況の確認並びに他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

		生年月日及び 治療開始日時点の年齢		申請回数	
ふりがな		年 月 日 (歳)		今年度 () 回目 通 算 () 回目	
申請者					
ふりがな		年 月 日 (歳)			
配偶者					
申請者住所		〒 電話			
配偶者住所		〒 電話			
※申請者住所と異なる場合のみ記入					
該当する内容にチェックをしてください。 ☐ 法律婚 ☐ 事実婚（様式第 3 号を添付）					
過去にこの助成金 を受けたことがあ りますか。		☐ はい	1. 那須塩原市での本事業の助成歴（先進医療について） ☐ あり ⇒ 通算 () 回 ☐ なし		
			2. 今回の治療が 2 人目以降の生殖補助医療の場合、過去の助成 回数のリセットを希望しますか。 ☐ はい ⇒ 誕生日又は死産日 (年 月 日) ☐ いいえ		
		☐ いいえ			
申立欄 ※いずれかに○を付けること		今回の助成申請に係る不妊治療（先進医療）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			
申請額 (先進医療分)		円			
振 込 先	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	フリガナ				
	口座名義人 (申請者と同じ)				

※太枠内を御記入ください。

担当課記入欄

要件確認	☐ 治療開始日及び同日の妻の年齢 ☐ 治療開始日から申請日まで本市在住 ☐ 滞納なし ☐ 他市町村にて同様の給付を受けてない		
審査結果	☐ 承認 ☐ 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円