様式第１号（第６条関係）

不妊治療

七ヶ浜町不妊治療費助成事業申請書

　関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

　また、七ヶ浜町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　（　　　　　　　　　歳） |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（　夫　・　妻　） |
| 現 住 所 | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　）七ヶ浜町 |
| 配偶者 | ふりがな |  | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　　　（　　　　　　　　　歳） |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　夫　・　妻　） |
| 現 住 所※申請者と異なる場合のみ記入 | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　） |
| 過去の助成歴等 | 七ヶ浜町が実施しているこの事業の助成を受けたことがありますか。□　ある　（　　　　　　　　回目）　　　　　□　ない |
| 申請額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　（助成上限額：８０，０００円）　 |
| 　七ヶ浜町長　殿　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 （口座名義人と同じ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 振込先 | 金融機関名※申請者の口座を記入 | 　　　　　　　　　　銀行・金庫組合・農協（　　　）　　　　　　　　　 | 本・支店名 | 本　店支　店　出張所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | フリガナ |  |
| 口座名義人（申請者） |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （右詰め記入） |
| 確認項目 | 該当する内容の□にレ点を記入してください。１　婚姻関係* 法律婚
* 事実婚　（事実婚申立が必要です。【※裏面】）

２　確認項目（該当しない場合は助成の対象となりません）* 今回申請する治療費用について、他の地方公共団体及び七ヶ浜町の他の事業による助成を受けていないこと。
 |

【添付書類・チェックリスト】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 申 請 書 類 | ☑ |
| １ | 七ヶ浜町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書（様式第２号）※夫婦が別の医療機関で受診した場合は、妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書の原本（明細書を含む。） | □ |
| ２ | 夫及び妻の住民票の写し（申請日から３か月以内に発行されたもの、続柄が省略されていないもので個人番号（マイナンバー）の記載のないもの）（コピー不可）**※申請日時点で七ヶ浜町民である方は、住民票の提出は不要です。** | □ |
| ３ | 振込口座を確認できる書類（振込口座通帳等の写し等） | □ |

　申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご留意ください。

**※必ず裏面もご確認ください。**（記入に係る注意事項について記載しています。）

《裏》

　【注意事項】

　※１　受診等証明書（様式第２号）の「患者負担（領収）額」と助成金上限額（８０，０００円）を比較し、

低い方の額を「申請額」欄に記入してください。

　※２　助成金給付決定（不給付決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。

**事実婚関係に関する申立書**

　　　年　　　月　　　日

七ヶ浜町長　殿

次の２名については、事実婚関係にあります。

住所

氏名

住所

氏名

※別世帯になっている理由　（上記２名が別世帯となっている場合に記入）

【申請書の提出先・問い合わせ】

　　七ヶ浜町子ども未来課

住所　　〒985-8577　七ヶ浜町東宮浜字丑谷辺５番地の１

電話　　022-357-7454