

様式第2号（第6条関係）

（表面）

鶴ヶ島市不妊治療費助成金交付申請書（保険診療分）

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

鶴ヶ島市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市不妊治療費助成金交付要綱第6条第2項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	夫	ふりがな氏名	
		生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
		現住所	〒
		電話番号	
	妻	ふりがな氏名	
		生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
		現住所	〒
		電話番号	
申請金額		金	円
夫婦双方の医療保険からの給付		有	・ 無
添付書類	<input type="checkbox"/> 鶴ヶ島市不妊治療費助成金交付に係る実施証明書 <input type="checkbox"/> 医療法確保の規定による医療に関する給付金額が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 不妊治療に要した費用の領収書等の写し <input type="checkbox"/> 市税の滞納がないことが確認できる書類 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書（住民基本台帳上で同一世帯でない場合のみ）		

(裏面)

同 意 書

鶴ヶ島市不妊治療費助成金の交付に係る審査に当たり、夫婦の住民登録状況について、市担当職員が住民基本台帳を確認すること並びに当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関に照会することに同意します。

夫氏名 _____

妻氏名 _____

誓 約 事 項

当該治療が保険診療として初めて治療を実施し、鶴ヶ島市不妊治療費助成金交付要綱による助成金と同一の助成金を鶴ヶ島市及び他の市町村から受けていないことを誓約します。

夫氏名 _____

妻氏名 _____