

薩摩川内市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

不妊治療費等助成申請書

薩摩川内市不妊治療費等助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

記

※太枠内をご記入ください。

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日生(歳)
妻		年 月 日生(歳)
<p>本申請に係る受給資格確認のため、私及び配偶者(パートナー)の住民基本台帳等必要な資料の閲覧、並びに市税等の滞納がない証明書の提出に代えて、確認、照会及び調査することに同意します。</p> <p>年 月 日 ※それぞれ自署してください。</p> <p>【申請者】住 所 氏 名 ⑩</p> <p>【配偶者】氏 名 生年月日 申請者との続柄 (申請者と別居の場合)住 所</p> <p>※この同意書により確認する個人情報、上記目的のためのみ使用し、その他の目的に利用することはありません。</p>		
<p>【鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業の申請の有無 : 有 ・ 無 】</p> <p>【高額療養費制度・付加給付制度等該当の有無 : 有 ・ 無 】</p>		
助成額	不妊治療費	円・甌地域旅費等 円
交付決定年月日	年 月 日	

(添付書類)

- 1 不妊治療受診証明書
- 2 保険証等の写し(夫婦分)
- 3 治療費の領収書等(写し)
- 4 甌地域の方のみ

・不妊治療を受けるために要した甌各港と川内港間又は串木野新港間の船舶旅客運賃の領収書の写し並びに宿泊施設の領収書の写し

- 5 該当の方のみ

・鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業承認決定通知書及び受診等証明書の写し
・高額療養費限度額認定証の写し(ひと月あたりの上限額がわかる書類)
・事実婚関係に関する申立書

マイポータル確認	高額・区分