

様式第1号（第7条関係）

東松島市不妊治療費助成事業申請（請求）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、東松島市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	
	氏 名	(夫 ・ 妻)		(歳)	
	現 住 所	〒 () 電話 ()			
配偶者	ふりがな			昭和・平成 年 月 日生	
	氏 名	(夫 ・ 妻)		(歳)	
	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		東松島市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：50,000円)			
東松島市長 様 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（事実婚申立書が必要です。） 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本市の他の事業による助成を受けていない。 3 同意事項 ☐ 市が保有する公簿等により申請者及び配偶者の現住所を閲覧することに同意する。 ※同意しない場合は、夫及び妻の住民票の写しを添付してください。				

【添付書類・チェックリスト】

No	申 請 書 類	☒
1	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を受診した場合は、夫婦それぞれの不妊治療費助成事業に係る受診等証明書（領収書又は明細書で治療期間、治療内容及び領収金額が確認できる場合は、いずれか一方の不妊治療費助成事業に係る受診等証明書に代えることが可能）	☐
2	(市が保有する公簿等により現住所を閲覧することに同意しない場合) 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で、続柄が省略されていないもの、かつ、個人番号の記載のないもの）（コピー不可）	☐

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注意ください。
※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 申請（請求）書の申請額については、次のとおり記入してください。

【夫婦のいずれか一方が医療機関を受診した場合又は両方が同一の医療機関を受診した場合】

不妊治療費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号）の「今回の治療に係る領収金額」と助成金上限額（50,000円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

【夫婦が別の医療機関を受診した場合】

夫及び妻の不妊治療費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号）の「今回の治療に係る領収金額」（いずれか一方が治療期間、治療内容及び領収金額が確認できる領収書又は明細書を提出する場合は、その額）を合算の上、助成金上限額（50,000円）と比較し、いずれか低い額を「申請額」欄に記入してください。

※2 助成費の交付決定（不交付決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。

※3 【申請書提出先】

東松島市小松字上浮足256番地1
東松島市役所矢本保健相談センター内健康推進課窓口

【問合せ先】

東松島市保健福祉部健康推進課（電話 0225-82-1111）