

船橋市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

船橋市長 あて

※2 申請者氏名 _____ (印)
 配偶者氏名 _____ (印)

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
 また、下記(1)～(3)について同意します。

- (1) 特定不妊治療費助成事業の支給決定に関して、必要な夫婦の住民登録状況等について調査、閲覧すること
- (2) 特定不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について船橋市が他の自治体へ照会、回答すること
- (3) 特定不妊治療の実施に関して指定医療機関・調剤薬局等に照会すること

記

	夫	妻
(ふりがな) 氏名	()	()
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	昭和・平成 年 月 日(歳)
住所	〒 船橋市	
上記以外の住所	※ 夫と妻の住所が異なる場合のみ記入 (夫 ・ 妻) 〒	
電話番号	自宅	携帯
過去の助成の有無 (※船橋市以外の自治体も含む)	(男性不妊治療分除く) 無 ・ 有 前回申請 年 月 今回通算 回目の申請 前回助成を受けた自治体	(男性不妊治療分) 無 ・ 有 前回申請 年 月 今回通算 回目の申請 前回助成を受けた自治体
助成回数 リセット	一子ごとのリセット (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 対象外
申請額	男性不妊治療分を除く ※3 金 _____ 円	男性不妊治療分 ※3 金 _____ 円
	合計 金 _____ 円	

捨印

- 黒ボールペンで記入してください。(消せるボールペンは使用しないでください。)
- 訂正する場合は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所に申請者印と同一の印を押印してください。修正液、修正テープでの訂正は不可です。
- ※1 印鑑は認印で、さらに夫婦同一の印でも構いません。ただし、夫婦共にまたは一方が外国人のため別姓の場合は、それぞれの印を押印してください。
- ※2 申請者は夫婦ともに船橋市民の場合にはどちらでも構いませんが、助成金振込先口座は申請者名義の口座となります。
- ※3 申請額が、上限額に満たない場合は領収金額と同額。

添付書類

- ① 特定不妊治療受診等証明書
- ② 指定医療機関が発行した領収書の原本
- ③ 今年度の課税(所得)または非課税証明書 * 夫婦それぞれ一通必要 (令和3年3月までに申請するものに限る)
- ④ 戸籍全部事項証明 (事実婚の場合は、申立書(第9号様式)も添付。)
- ⑤ 相手方登録申請書
- ⑥ その他市長が必要と認める書類

※ 船橋市記入欄

受給者番号
受理年月日
決定年月日

《記入例》

船橋市特定不妊治療費助成事業申請書

日付記入不要

船橋市長 あて ← **様に訂正しない**

申請者は、市民であればどちらでも可

氏名はそれぞれが自署し押印すること
訂正印使用の際は申請者印と同一印を使用すること
(修正液、修正テープの使用不可)

※2 申請者氏名 船橋 太郎 (船橋印)
配偶者氏名 船橋 花子 (船橋印)

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
また、下記(1)~(3)について同意します。

- (1) 特定不妊治療費助成事業の支給決定に関して、必要な夫婦の住民登録状況等について調査、閲覧すること
- (2) 特定不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について船橋市が他の自治体へ照会、回答すること
- (3) 特定不妊治療の実施に関して指定医療機関・調剤薬局等に照会すること

記

	夫	妻
(ふりがな)	(ふなばし たろう)	(ふなばし はなこ)
氏名	船橋 太郎	船橋 花子
生年月日	昭和・平成 〇〇 年 〇 月 〇 日(〇〇 歳)	昭和・平成 〇〇 年 〇 月 〇 日(〇〇 歳)
住所	〒 273-8506 船橋市 北本町1-16-55 保健福祉マンション101	
上記以外の住所	※ 夫と妻の住所が異なる場合のみ記入 (夫 ・ 妻) 〒	
電話番号	自宅 047-409-3274	携帯 _____ 2
過去の助成の有無 (※船橋市以外の自治体も含む)	(男性不妊治療分除く) 無 ・ (有) 前回申請 27 年 5 月 今回通算 1 回目の申請 前回助成を受けた自治体 _____	(男性不妊治療分) 無 ・ 有 前回申請 _____ 年 _____ 月 今回通算 _____ 回目の申請 前回助成を受けた自治体 _____
助成回数リセット	一子ごとのリセット (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input checked="" type="checkbox"/> 対象外
申請額	男性不妊治療分を除く ※3 金 _____ 円	男性不妊治療分 ※3 金 _____ 円
	合計 金 _____ 円	

不確かな場合は未記入のまま窓口へ提出可

金額記入不要

捨印 (船橋印)

捨印を押印してください。(申請者の方の印)

- 黒ボールペンで記入してください。(消えるボールペンの使用は不可。)
- 訂正する場合は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所申請者印と同一の印を押印してください。修正液、修正テープでの訂正は不可です。
- ※1 印鑑は認印で、さらに夫婦同一の印でも構いません。ただし、夫婦共にまたは一方が外国人のため別姓の場合は、それぞれの印を押印してください。
- ※2 申請者は夫婦ともに船橋市民の場合にはどちらでも構いませんが、助成金振込先口座は申請者名義の口座となります。
- ※3 申請額が、上限額に満たない場合は領収金額と同額。

ご確認ください

添付書類

- ① 特定不妊治療受診等証明書
- ② 指定医療機関が発行した領収書の原本
- ③ 今年度の課税(所得)または非課税証明書 * 夫婦それぞれ一通必要 (令和3年3月までに申請するものに限る)
- ④ 戸籍全部事項証明 (事実婚の場合は、申立書(第9号様式)も添付。)
- ⑤ 相手方登録申請書
- ⑥ その他市長が必要と認める書類

※ 船橋市記入欄

受給者番号
受理年月日
決定年月日