

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

春日井市長 殿

申請者

住所

氏名

電話 ()

春日井市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

春日井市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、春日井市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

また、助成金の交付が決定した場合は、次のとおり助成金の交付を請求します。

ふりがな		夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
夫の氏名			
ふりがな		妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
妻の氏名			
(夫妻一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入)	〒 電話 ()		
過去に不妊治療費（先進医療）助成を受けたことがありますか。	☐ はい		春日井市での助成歴 ☐ あり 通算 () 回 ☐ いいえ
	☐ いいえ		
助成対象 金額	円	申請額（請求額） 助成対象金額の 10 分の 7（1,000 円未満切り捨て）上限 5 万円	円
助成金振込 口座 (申請者の 名義)	金融機関名	支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		
助成金交付 申請の同意・誓約	1 不妊治療費（先進医療）助成金の交付状況を、他の自治体に照会すること及び他の自治体から照会はあったときに、これを回答すること並びに当該不妊治療に関して医療機関等に照会することについて同意します。 2 本助成金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧及び婚姻関係を確認することに同意します。 3 申請内容が事実と異なる場合は返還することに同意します。 申請者氏名（自署）		

- 【添付書類】 1 不妊治療費助成金に係る受診等証明書（第2号様式）
2 不妊治療（先進医療）を実施した医療機関発行の領収証（原本証明による写しも可）
3 戸籍謄本（全部事項証明書）※、事実婚の場合は事実婚関係に関する申立書（第3号様式）
4 住民票（世帯全員）の写し（発行から3か月以内のもの）※
5 その他市町村長が必要と認める書類
※ 公簿（戸籍簿、住民基本台帳）によって確認することができるときは不要