

(宛先)向日市長

申請者
住 所

氏 名
電話番号
携帯番号

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。					
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療	<input type="checkbox"/> 人工授精	<input type="checkbox"/> 不育症治療等	<input type="checkbox"/> 先進医療		
	<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療			
交付申請額	円					
受療者本人	住所	向日市 町				
	氏名			京都府の住民となった日	年 月 日	
				向日市民となった日 (転出予定日)	(転出 年 月 日)	
加入医療保険	種別	国保・健保 船員・共済 その他	保険者番号	区 分	本人・被扶養者	
配偶者	氏名			京都府の住民となった日	年 月 日	
過去の助成金受給の有無	1 有	「有」の場合、過去に助成を受けた自治体及び助成額	自治体	時期	助成額(円)	
	2 無			年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		

添付書類

- 不妊治療等医療機関等証明書(様式第2号又は様式第3号の該当する様式)
※保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明と合わせて提出してください。
- 医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等の定めるところにより当該不妊治療等に要する費用に対し給付がなされる場合は、給付の額等を証明する関係書類をあわせて提出してください。
- 申請者と異なる住所に配偶者が居住している場合、又は配偶者が向日市民でない場合は、夫婦であることを証明する書類(戸籍の写し)
- 事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書

同意欄

この申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧し、調査することに同意します。
氏名

- 医療機関の証明書等の内容を京都府へ報告することに関する説明
この助成金は、限られた公費予算から支出を行っています。
また、京都府からの補助金の交付を受け実施しており、公費の支出を検証するために必要な事項を京都府に対し報告します。なお、情報の取扱いには、十分留意し、プライバシーは厳守します。