

塩竈市不妊治療費助成事業申請書

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、塩竈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	塩竈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。 <input type="checkbox"/> ある () 回目 <input type="checkbox"/> ない						
申請額	金 円 (助成上限額:50,000円)						
塩竈市長 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	<p>該当する内容の□にレ点を記入してください。</p> <p>1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。)</p> <p>2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 本申請書の審査等をするため、塩竈市が助成対象者の公募等の確認を行うことについて同意する</p>						

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	
1	塩竈市不妊治療費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号)	<input type="checkbox"/>
2	不妊治療を受けたときの領収書および診療明細書の写し	<input type="checkbox"/>
3	振込先の金融機関口座通帳等の写し(口座名義・口座番号のわかるもの)申請者名義の口座に限る	<input type="checkbox"/>
4	申請者と配偶者の住所が異なる場合は、配偶者の住所を確認できる書類の写し(運転免許証、マイナンバーカード等)	<input type="checkbox"/>
5	(事実婚の場合)事実婚申立書	<input type="checkbox"/>

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。)

【注意事項】

- ※1 受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)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。
- ※2 助成金給付決定(不給付決定)通知は、申請者の住所地に郵送します。

【申請書の提出先】

塩竈市福祉子ども未来部 子ども未来課 親子保健係

【問合せ先】

住 所 : 〒985-0052
塩竈市本町1番1号 (壱番館1階)
こども家庭センター にこサポ
電 話 : 022-354-1225