

第1号様式(第6条関係)

第1子・第2子・第3子・その他
治療開始日の妻の年齢 歳

1 通算6回まで
2 通算3回まで

部分をご記入してください。

大和市不妊治療(先進医療)費助成金交付申請書

記載例

大和市長あて

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療(先進医療)費の助成を申請します。
なお、当該申請の不妊治療について、他の自治体から助成制度の適用を受けていません。
また、助成金支払事務に当たり、申請者世帯の住民登録記載事項および課税状況の確認、大和市における市税等の納税状況の確認、および必要により領収書及び明細書の内容にの問い合わせを、市が行うことに同意します。
申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は

申請及び請求者名は
請求書に記載する「請求者名」「口座名義人」と
すべて同じ名前にしてください

(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日		加入保険者の名称 および 記号・番号	
申請及び請求者	()	年 月 日(歳)	名称 記号	番号	
配偶者	()	年 月 日(歳)	名称 記号	番号	

事実婚の方のみチェックしてください

☐ 事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む。)

申請者住所	郵便番号(-)	電話 ()
大和市		
配偶者住所	郵便番号(-)	電話 ()
※申請者と異なる場合のみ記入		

申請 回数	今年度()回目 通 算()回目	過去にこの助成金を 受けたことがあります か。	☐ はい	1. 大和市での本事業の助成歴 ☐ あり ⇒通算()回 ※今回を含む ☐ なし
			☐ いいえ	2. 今回の治療が2人目以降の体外受精または顕微授精 の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 ☐ はい ⇒出生日又は死産日(年 月 日) ☐ いいえ

必ず確認後、チェックしてください

☐ 今回申請する先進医療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。

大和市処理欄

書類等確認

☐申請者名 ※申請者は市内在住者か
☐住基確認
住民となった日／番号 (夫: . . . /No 妻: . . . /No)
☐ (配偶者が同一世帯でない場合または事実婚の場合)戸籍謄本または戸籍抄本
☐ (事実婚の場合)申立書 ※別世帯の場合、理由を記載
☐大和市不妊治療(先進医療)受診証明書(第2号様式)
☐領収書のコピー
☐診療明細書(写しも可)
☐夫婦の健康保険の資格情報を確認できる書類(名称・番号・記号の確認)(写しも可)
☐通帳かカードのコピー(申請者名義・振込先の口座がわかるもの)
☐請求書(申請者氏名と同じか確認)
☐夫婦の税の申告確認

訂正箇所

訂正 確認日	相手方氏名	訂正箇所	対応職員名

担当者確認

☐納税確認 (滞納 無 ・ 有)

申請受理日	年 月 日	来所者	受付者
医療費合計	円 (内市助成対象)		
助成金額	円		
決定年月日	年 月 日	(交付 ・ 不交付)	

担 当	係 長	課 長