



特定不妊治療費助成申請書

横須賀市長 殿

関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
 また、本申請内容について他の地方公共団体に照会にすることおよび特定不妊治療受診
 証明書の内容について医療機関に照会すること・特定不妊治療費助成に必要な市税
 等に関する情報を調査することについて同意します。

平成 年 月 日

申請者	(ふりがな氏名)		生年月日	
夫	()	(印)	昭和 平成	年 月 日生(歳)
妻	()	(印)	昭和 平成	年 月 日生(歳)
住所(※1)	〒 横須賀市		電話 ()	
住所(※2)	〒 (夫・妻)		電話 ()	
申請額	特定不妊治療分 (男性不妊治療分除く)	円	領収金額が助成上限を超える場合は、 上限額を記入してください。 (上限額:特定不妊治療費[治療内容C・F] は75,000円、[治療内容C・F以外]は、初回 申請のみ300,000円、2回目以降は150,000 円) / 男性不妊治療費300,000円)	
	男性不妊治療分	円		
	合計	円		
1. 横須賀市以外の自治体(都道府県・指定都市)で特定不妊治療費助成の受給の有無 ①なし ②あり (都道府県・ 市)				
2. 申請回数 ①今回初めて ②通算()回目 ②の場合 初めて助成を受けた治療を開始した時の妻の年齢 (歳)				
3. 今回の治療を開始した時の年齢 妻(歳) ・ 夫(歳)				
振込先	金融機関名	金融機関名	支店コード	支店名
	預金種別 (ふりがな)	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	口座名義人	普通・当座		
	口座番号			

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦でお住まいの住所をご記入ください。決定通知書の送付先になります。

※2:単身赴任等の理由で、夫婦の住所が異なる場合にのみご記入ください。

裏面を必ずお読みください。

◎申請期間は治療が終了した日の属する年度(4月1日から翌年3月末日)内です

(事務処理欄)		決定年月日	・	・	(承認・不承認)
受給者番号					
住民登録の有無		住 所			
夫	有・無				
妻	有・無				
所得の有無		所 得 (平成 年分)			
夫	有・無	円 (医)			
妻	有・無	円 (医)			

書類確認欄

- 申請書
- 受診等証明書
- 領収書・診療明細書
- 通帳のコピー
(振込先の口座が分かるもの)
- 所得が確認できる書類
- 住所および婚姻関係を確認
できる書類
- W2