

第 1 号様式

不育症治療費等助成申請書

年 月 日										
(あて先) 横須賀市長										
〒										
住 所 横須賀市										
(住民票がある住所)										
申請者 (自署) 氏 名										
生年月日 年 月 日 (歳)										
電話番号 — —										
* 日中連絡可能な電話番号										
申請額		不 育 症 治 療 費 円 * 1 円未満切り捨て								
		不育症判定検査費 円								
配偶者	氏名					生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所 (住民票がある住所)	横須賀市 * 申請者と異なる場合のみ記載								
これまでの助成の有無		有 ・ 無	有の場合： いつ (年 月) ・ 助成額 (円)							
振込先		金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協				金融機関コード			
		支店名	本店・ 支店・出張所				店番コード			
		口座番号						種別	普通 ・ 当座	
		名義人 (か)								

同意書	
不育症治療費等助成に必要な、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。また、本申請内容について不育症治療等受診等証明書の内容を医療機関に照会することについて同意します。	
申請者氏名 (自署または記名押印)	
配偶者氏名 (自署または記名押印)	

横須賀市事務処理欄

- ☐ 受診等証明書
- ☐ 夫婦の健康保険証 (名称・番号・記号の確認)
- ☐ 通帳かカードのコピー (申請者名義・振込先の口座が分かるもの)
- ☐ (配偶者が同一世帯出ない場合) 戸籍謄本または戸籍抄本
- ☐ 住民登録の有無
- ☐ 医療機関発行の領収書・診療明細書
- ☐ 印鑑 (訂正印および捨印含む)
- ☐ 夫婦の税の申告確認

納税課確認欄	国保料 ☐	申請受理日	年 月 日 (来所受付)
滞納 (あり・なし)	市営住宅 ☐	不育症治療費合計	
	保育料 ☐	不育症治療費助成額	
	介護保険料 ☐	不育症判定検査費合計	
		不育症判定検査費助成額	
		決定年月日	年 月 日 (交付・不交付)