

記入例

生殖補助医療費(先進医療)助成事業申請書

書類の申請日
または送付日

(宛先)松戸市長

申請日: **R5年** **8月** **10日**

問い合わせする場合がありますので、日中連絡できる電話番号を記入ください。

申請者氏名 (口座名義人と同一)	松戸 太郎
電話番号	090-1111-2222
* 日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	

費

(先進医療)助成事業実施要綱に基づき、助成を受けたいので、関係
なお、この申請に係る生殖補助医療について、国又は松戸市以外

チェックの上、提出してください。

<添付書類> 下記チェック欄(口)に『✓』を記入ください。

<input type="checkbox"/>	松戸市生殖補助医療(先進医療)受診等証明書(医療機関記載)
<input type="checkbox"/>	今回の治療にかかる全ての領収書及び診療明細書(原本)
<input type="checkbox"/>	助成金振込口座の通帳等の写し
<input type="checkbox"/>	その他書類(戸籍謄本・申立書など) ※必要な方のみ

関係書類(添付書類)については、必ず「松戸市HP」にてご確認ください。



(申請期限は、治療終了日の翌日から60日以内)

※令和5年4月1日以降に開始した治療に限る。

助成金額

金額は記入不要

円

夫	フリガナ	マツド タロウ		生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	63 年	12 月	25 日
	氏 名	松戸 太郎			<input type="checkbox"/> 平成	(歳)		
	住 所	〒271-8588 松戸市根本 387-5						
妻	フリガナ	マツド ハナコ		生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
	氏 名	松戸 花子			<input type="checkbox"/> 平成			
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 夫の住所(保険適用1回目の治療開始時の年齢)に記入)						
婚姻履歴				<input type="checkbox"/> 再婚(婚姻年月日) R元年 5月 1日	申請回数	<input type="checkbox"/> 今回初めて		
<input type="checkbox"/> 事実婚(戸籍謄本及び申立書が必要です)				(R5.4.1以降)	<input checked="" type="checkbox"/> ()回目			
初回治療(保険適用後)開始時の妻の年齢				<input checked="" type="checkbox"/> 40歳未満	出産等によるリセット	<input type="checkbox"/> 希望する(戸籍謄本等が必要です)		
<input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満								
振込先	金融機関名	○○○ 銀行・組合		○○○		本店・支店 出張所		
	預金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通		フリガナ	マツド タロウ			
		<input type="checkbox"/> 当座		口座名義人	※申請者と同一名義人 松戸 太郎			
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	「口座番号」右記

保険適用1回目の治療開始時の年齢

松戸市に申請した回数を記入してください。(保険適用前の治療は除く)

振込先金融機関は原則、申請者の名義となります。

同意書

助成要件確認のため、私共の住民基本台帳の記載事項、その他事務手続きに必要な情報を公簿等により確認することに同意します。

氏名(夫) 松戸 太郎

氏名(妻) 松戸 花子

-----職員記入欄-----

申請者宛名番号	助成金額	円
---------	------	---