

## 松戸市生殖補助医療費(先進医療)助成事業申請書

(宛先)松戸市長

申請日: 年 月 日

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

次のとおり、松戸市生殖補助医療費(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、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に係る生殖補助医療について、国又は松戸市以外の地方公共団体の助成は受けません。

<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 <u>全ての領収書及び診療明細書(原本)</u>
<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 円

夫	フリガナ		生年 月 日	□昭和 年 月 日 □平成 ( 歳)
	氏名			
	住所	〒		
妻	フリガナ		生年 月 日	□昭和 年 月 日 □平成 ( 歳)
	氏名			
	住所	□夫と同じ □別住所(下記に記入)		
婚姻履歴	□ 婚姻中(婚姻年月日) 年 月 日 □ 事実婚(戸籍謄本及び申立書が必要です)		申請回数 (R5.4.1以降)	□ 今回初めて □ ( )回目
初回治療(保険適用後)開始時の妻の年齢	□ 40歳未満 □ 40歳以上43歳未満		出産等による リセット	□ 希望する (戸籍謄本等が必要です)
振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店 出張所
	預金種類	□普通 □当座	フリガナ 口座名義人	※申請者と同一名義人
	口座番号	「口座番号」右詰めに記入		
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) 印 氏名(妻) 印				

-----職員記入欄-----

申請者宛番号	助成金額	円
--------	------	---