

藤沢市特定不妊治療費助成事業申請書

藤沢市長

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。
なお、助成金の交付に関して必要な税金及び住民基本台帳等の情報について、
市長が調査、取得、利用すること及び他の市町村における同様の助成の受給
状況について当該他の市町村に照会することについて同意します。

太枠の中をご記入下さい。

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	(ふじさわ たろう) 藤沢 太郎	昭和 50 年 10 月 1 日生 平成
妻	(ふじさわ はなこ) 藤沢 花子	昭和 51 年 8 月 15 日生 平成
住所	〒251-8601 藤沢市 朝日町1-1	Tel 090 (2525) 1111 ※平日の日中に連絡が取れる電話番号 □夫 □妻
配偶者 (夫・妻) 住所	〒251-0022 藤沢市 鵜沼2131-1	Tel 080 (2525) 1111 ※平日の日中に連絡が取れる電話番号 □夫 □妻
藤沢市への申請回数		申請日時点での特定不妊治療に対する助成申請の有無
今回の申請で (3) 回目 ※所得超過による藤沢市独自助成への申請回数を含む ※回数リセットを行った場合は、リセット後の回数等を記載		①神奈川県への助成申請 (※回数リセットを行った場合は、リセット後の回数等を記載) 【 無し ・ 有り⇒(2) 回 】
申請額		②神奈川県以外の都道府県・政令市・中核市への助成申請
(100,000) 円 ※申請額は算用数字で記入してください (例) 100,000円		【 (無し) ・ 有り:自治体名() () 回 】
		③所得超過による藤沢市の独自助成申請
		【 無し ・ 有り⇒(1) 回 】
藤沢市の申請回数リセット ※神奈川県への申請で申請回数のリセットを行った場合は、自動的に藤沢市の申請回数もリセットされます。下記にチェックしてください		
対象の子	氏名	県の申請でリセットした場合
	生年月日	年 月 日生 □

市役所事務処理欄	受付番号								
申	記入不要								円
備考									

【提出書類】 ①藤沢市特定不妊治療費助成事業申請書 ②「神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業」の助成承認決定通知書のコピー
③神奈川県申請時に添付書類として提出した特定不妊治療に要した治療費の領収書及び明細書のコピー
※ 申請者の状況に応じて別途書類等の提出をお願いする可能性があります。