

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

栗原市長 殿

申請者 住所
氏名
電話

栗原市幸せを運ぶこうのとり応援事業申請書

栗原市幸せを運ぶこうのとり応援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を付して下記のとおり申請します。

記

夫	フリガナ 氏名	年 月 日生まれ					
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住所						
妻	フリガナ 氏名	年 月 日生まれ					
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住所						
婚姻関係	<input type="checkbox"/> 婚姻関係にある <input type="checkbox"/> 事実婚						
助成状況	今回の特定不妊治療について、 ① 治療回数 _____ 回目 (妻の治療開始年齢 40歳未満6回まで、40歳以上43歳未満3回まで) ② 栗原市への申請 _____ 回目						
高額療養費	<input type="checkbox"/> 治療開始前に申請 <input type="checkbox"/> 限度額を超える支払い月はなかった						
受取口座	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	口座番号				
			普通・当座				
口座名義人		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
申請額	今回申請額③ (①－②) _____ 円 【内訳】 ① 医療機関に支払った額 _____ 円 (様式第2号③の合計金額) ② 高額療養費等還付金額 _____ 円 *限度額証を提示し、治療費の支払いをした場合は記入不要です。						

(添付書類)

- (1) 栗原市幸せを運ぶこうのとり応援事業に関する受診等証明書（様式第2号）
 - (2) 医療機関が発行した対象不妊治療に要した費用の領収書の写し
 - (3) 申請者の住民票の写し
 - (4) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（住民票により夫婦であることが確認できる場合を除く。）
 - (5) 事実婚関係に関する申立書（事実婚である者に限る。）
 - (6) 保険証等の写し
 - (7) 高額療養費制度に基づく限度額適用認定証及び支給決定通知書の写し
 - (8) 市税に滞納がないこと証明する書類
 - (9) 助成金を受ける口座を確認できる書類の写し
 - (10) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの
-

同意書

栗原市幸せを運ぶこうのとり応援助成金の交付の審査のために必要な範囲において、市の職員が私の住民記録情報並びに市税の課税台帳及び収納状況の確認をすることに同意します。

年 月 日

氏 名