様式第１号

千葉県特定不妊治療費助成申請書

千葉県知事　**鈴木　栄治**　　様

「森田健作」でも構いませんが、県からの助成決定通知は本名の「鈴木栄治」となります。

平成　○　年　○　月　○　日

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
また、千葉県が特定不妊治療費助成事業による助成金の受給歴について、他の自治体へ照会することに同意します。

記

申請者	夫	ふりがな	ち　ば　　たろう
		氏　名	**千 葉　太 郎**　（千葉）　※自署又は記名押印
		生年月日	（昭和）・平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生（ ○○ 歳）
		住　所	〒２６０－８６６７ **千葉市中央区市場町１－１**　電話　０４３（２２３）２３３２
	妻	ふりがな	ち　ば　　はなこ
		氏　名	**千 葉　花 子**　（千葉）　※自署又は記名押印
		生年月日	（昭和）・平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生（ ○○ 歳）
		住　所	
申請額			申請額（男性不妊治療分除く）　金　１５０，０００　円 申請額（男性不妊治療分）　金　　円 申請額合計　金　１５０，０００　円
過去の受給歴			□ なし　☑ あり（「あり」の場合は、受給歴を以下に記入） （助成時期２７年５月 健康福祉ｾﾝﾀｰ名**松戸健康福祉ｾﾝﾀｰ**自治体名　） （助成時期２７年１２月 健康福祉ｾﾝﾀｰ名**松戸健康福祉ｾﾝﾀｰ**自治体名　） （助成時期　年　月 健康福祉ｾﾝﾀｰ名　自治体名　） （助成時期　年　月 健康福祉ｾﾝﾀｰ名　自治体名　） （助成時期　年　月 健康福祉ｾﾝﾀｰ名　自治体名　）

15 万円まで。ただし治療総額が 15 万円未満の場合はその額
※初回治療の場合は 30 万円まで。（ただし治療総額が 30 万円未満の場合はその額）
※治療区分Ｃ、Ｆについては 7 万 5 千円まで。（ただし治療総額が 7 万 5 千円未満の場合はその額）

※千葉県から助成を受けたことがある場合は健康福祉センター名を、千葉県以外の都道府県又は政令市・中核市から助成を受けたことがある場合は自治体名を記入してください。

振込先									
	金融機関名	**千 葉 銀 行**			本・支店名	**県庁支店**			
	預金種別	（普通）・当座		ふりがな	ち　ば　　たろう				
				口座名義人	**千 葉　太 郎**				
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	（左詰記入）

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・預金種目・口座番号が必要です。

【添付書類】
１．特定不妊治療受診等証明書（様式第２号）
２．領収書（原本）
３．住民票（発行から３ケ月以内・続柄記載）（原本）
４．戸籍謄本（抄本）（発行から３ケ月以内）（原本）
５．夫及び妻の住民税課税（非課税）証明書（原本）（夫及び妻の所得額を証明する書類）
６．通帳の写し
７．口座振替依頼書

詳細がご不明の場合は、申請先である健康福祉センターにお問い合わせ下さい。

※２回目以降の申請の場合は、省略できる添付書類がありますので、申請窓口へご確認ください。

【千葉県記入欄】

申請書受理年月日					（承認・不承認）決定年月日				
受給者番号									