

- 

申請者名：
連絡先： ☎ — — (氏名：)

No.	申請書	チェック項目	✓
1	様式第1号 (給付申請書件請求書)	申請者と振込口座名義が同一である 過去に他自治体で助成を受けたかどうか、申請書下部の枠内に記載している 郵送する日を申請日として記入している	
2	様式第2号 (受診等証明書)	医療機関の証明欄に医療機関の押印がある 「一般不妊治療」または「特定不妊治療」のどちらかに☑がある 治療終了日と申請期限について確認済みである ※治療終了日と申請期限 4/1～12/31 ➡ 翌年3/31 が期限 1/1～3/31 ➡ 終了日から3か月が期限	
3	様式第3号 (同意書)	氏名は、夫・妻それぞれが自署している (夫婦の一方が市外在住の方) 同意書の裏面(夫婦の一方が常滑市外に住所を有する場合)も記入している (夫婦の一方が市外在住あるいは市内在住だが別世帯の方) 戸籍謄本など夫婦関係が確認できる書類(原本、申請日3か月以内に発行されたもの)を添付している	
4	様式第4号 (事実婚関係に関する申立書) ※事実婚の場合のみ	氏名は、夫・妻それぞれが自署している 住所確認項目③、④に☑がある場合は、別世帯あるいは別住所になっている理由が詳細に記載されている(事実婚と認められる理由である) 夫・妻それぞれの戸籍謄本(原本、申請日3か月以内に発行されたもの)を添付している	

(問い合わせ)

〒479-0868 常滑市飛香台3丁目3番地3

常滑市健康推進課(保健センター)

電話:0569-34-7000