

岡谷市不妊及び不育症治療費助成事業（このとり支援事業） 事前協議票

年 月 日

夫	(ふりがな) 氏名	() 昭和・平成 年 月 日生 (歳) 電話
妻	(ふりがな) 氏名	() 昭和・平成 年 月 日生 (歳) 電話
住所	〒394- 岡谷市	

岡谷市不妊及び不育症治療費助成事業補助金支給申請にあたり、予め以下の通りであることを認めます。

対象条件確認事項	本人記入欄	担当確認欄
1. 婚姻関係	法律婚 ・ 事実婚	法律婚 (住基) 夫・妻の表示 有 ・ 無 事実婚 重婚: 有 ・ 無 世帯: 同一世帯 同一世帯でない 申立書: 有 ・ 無
2. 夫婦の双方又は一方が1年以上前から岡谷市に住民票を有する	はい ・ いいえ	(住基): (夫) 年 月 日 異動日 (妻) 年 月 日
3. 他の地方公共団体からこの要綱に基づく助成と同種の助成を受けていない	はい ・ いいえ	
4. 市税を滞納していない	はい ・ いいえ	(税務課)
5. 今年度の不妊治療開始初日における妻の年齢が43歳未満である	はい ・ いいえ	(治療開始日) (治療開始における妻の年齢)
6. 医療保険に加入している	はい ・ いいえ	※申請者の健康保険資格が確認できるもののコピーを添付 (資格取得年月日)
7. 県の交付決定を受けている	はい ・ いいえ	※県支給決定通知等を添付
※以下、一般不妊治療の申請のみ記入 8. 過去の助成の有無（岡谷市） ※一般不妊治療：1年度当たり1回とし、連続する3年度まで	無 ・ 有 出産による助成回数のリセット 無 ・ 有	初回申請年度 年度 回目 リセット後初回申請年度 年度 回目
(8. で有と答え、助成後出産した方) 9. リセットの対象となる出産歴（死産を含む）	子の氏名： 出生日：平成・令和 年 月 日 妊娠12週以降の死産： 平成・令和 年 月	(戸籍謄本添付)： 有 ・ 無 死産届の写し 死産した子の母子手帳等の写し

対象条件確認のため、住民基本台帳情報・課税状況等を確認させていただきます。確認が十分にできない場合、戸籍など確認のできる資料の提示を求める場合がございます。また、長野県保健福祉事務所等へ情報を照会させていただく場合があります。情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守いたします。以上の内容に同意いたします。
 _____年 月 日 夫氏名 _____
 妻氏名 _____
※必ず本人が自署してください

※上記の内容に同意いただいた方は、住民票の写しの提出を省略することができます。
 以下、担当記入
 岡谷市不妊及び不育症治療費助成事業補助金支給申請は 住基確認日： _____年 月 日
 可能・不可能（理由・対処方法等： _____）です。
 申請される方は、別紙「岡谷市不妊及び不育症治療費等助成事業について」をご確認ください。
 _____年 月 日 担当者 _____