

★日高市不妊治療費助成事業助成金交付申請のための提出書類チェックシート★
 ※提出する前に必ず確認してください。(こちらの書類は提出する必要はありません。)

《対象者のチェック》

項 目	チェック欄
1. 埼玉県が実施する不妊治療費助成事業による助成金の支給決定を受けていますか？	
2. ご夫婦のいずれかが市内に住所を有し、居住の実態がありますか？	
3. 本市が課税する税金に未納はありませんか？	
4. 今回の申請は 43 歳になる前に開始した治療のものですか？	
5. ご夫婦のいずれか一方の方が他市に居住している場合、他市町村が実施する同様の助成金の交付を受けていませんか？	
6. 転入された方は、前住地の市町村が実施する同様の助成金の交付を受けていませんか？	
7. 日高市に居住中に受けられた治療のものですか？	

《提出書類のチェック》

項 目	チェック欄
1. 平成 28 年 4 月 1 日以降に開始した治療についての申請ですか？	
2. 日高市不妊治療費助成事業助成金交付申請書(様式第 1 号)の両面に記入をされていますか？(1 回の治療につき 1 枚必要)	
3. 埼玉県から助成金の交付を受けた際の支給決定通知書の写しを添付されていますか？	
4. 治療を受けた指定医療機関の証明書(不妊治療実施証明書)の写しを添付されていますか？	
5. 実施証明書又は受診等証明書に記載されている金額の領収書の写しを添付されていますか？ ※申請書をまとめて提出される場合、領収書の写しは申請書ごとに分けてください。	
6. 日高市不妊治療費助成事業助成金交付申請書(様式第 1 号)の裏面の同意書にご署名いただいていますか？ご署名いただけない場合は、「未納がない証明願」を市役所税務課でとっていただき添付されていますか？	

※書類確認に時間を要する場合がありますので、時間に余裕をもってお越しく下さい。

日高市大字鹿山 370 番地 20
 日高市保健相談センター 健康相談担当
 TEL 042-985-5122