

不妊治療費補助金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

矢板市長 様

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費補助金を申請及び請求します。

当該補助金の受領に関し、次の口座の名義人にその権限を委任します。

矢板市が実施する住民記録及び婚姻関係の確認、及び市税納付状況の調査について同意します。

申請者氏名		生年月日	住民となった年月日	申請者住所 加入保険名
夫	ふりがな ⑩ 個人番号（ ）	年 月 日	年 月 日	
妻	ふりがな ⑩ 個人番号（ ）	年 月 日	年 月 日	
治療名	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊 <input type="checkbox"/> 先進医療【治療名 <span style="float:right">】</span> ※該当する治療全てにチェックしてください。			
婚姻年月日	年 月 日			
医療機関名				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
保険適用外治療費	円			
国・県からの補助の有無	有・無（どちらかに○を）		円	
高額療養費制度申請の有無	有・無（どちらかに○を）		円	
附加給付制度申請の有無	有・無（どちらかに○を）		円	
補助申請（請求）額	円			
振込希望金融機関口座	_____ 銀行・信用金庫・農協・信用組合 _____ 本店・支店・出張所（普通・当座） （ふりがな） 口座番号 _____ 口座名義人 _____			
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 不妊治療費助成事業受診等証明書（別記様式第2号） <input type="checkbox"/> 2 戸籍謄本及び本籍・続柄が記載された個人番号記載のない住民票 ※夫婦が同じ世帯の場合はどちらも不要 <input type="checkbox"/> 3 高額療養費、附加給付等の支給額が確認できる書類 ※高額療養費や附加給付を受けた場合 <input type="checkbox"/> 4 助成金等交付決定通知書の写し ※他自治体や医療保険等から給付があるとき。 <input type="checkbox"/> 5 治療を受けた方の被保険者証の写し ※治療を受けた時点の被保険者情報が分かるもの <input type="checkbox"/> 6 当該治療に係る領収書の原本 ※原本確認後、希望により返戻します。 <input type="checkbox"/> 7 振込先の預金通帳の写し			
市使用欄	住民記録確認	年 月 日	市税納付状況確認	年 月 日