

様式第1号(第6条関係)

胎内市不育症治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

年 月 日

(あて先)胎内市長

	申請者		配偶者	
氏名				
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
住所	〒 ー 胎内市		☐ 申請者と同じ 〒 ー 胎内市	
平日昼間に連絡可能な電話番号		()		
申請額	金 円		今回の 申請回数	回目 (前回の申請 年 月)
今回の治療に対し、他の地方公共団体等からの 治療費助成の有無			無 ・ 有 (助成額 円)	
健康保険から支給される高額療養費 または付加給付の有無			無 ・ 有 (高額療養費 円) (付加給付 円)	
不育症治療費助成金の交付申請に当たり、胎内市長が支給の決定に関して助成の適正を図るため、住民基本台帳及び胎内市における納税状況を確認すること、必要に応じて他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。				
申請者(自署)			配偶者(自署)	

金融機関	銀行 信組 信金 農協 労金 ()	本店 支店 本所 支所 ()	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください)					
			1 普通 2 当座						
(フリガナ)									
口座名義人									

※添付書類

- ① 胎内市不育症治療費助成事業受診等証明書
- ② 不育症治療を受けた医療機関や調剤薬局等が発行する領収書及び診療明細書
- ③ 申請者名義の口座の写し (通帳やキャッシュカード)
- ④ その他市長が必要と認める書類