

中央市不妊治療費等助成金交付申請書

中央市長 様

下記のとおり、関係書類を添えて中央市不妊治療費等助成金の交付を申請します。

年度 回目			
申請者		生年月日	
フリガナ 夫の氏名	-----	年 月 日生(歳)	
フリガナ 妻の氏名	-----	年 月 日生(歳)	
住 所	郵便番号 ー	電話 ()	
(__住所)	郵便番号 ー	[*この欄は夫婦の住所が異なる場合のみご記入ください。] 電話 ()	
治 療 費	不妊治療費 ※1		円
	男性不妊治療費 ※1		円
本申請に関わる不妊治療費等について、山梨県等へ助成金を申請した場合は記入してください。			
助成額		円	
中央市不妊治療費等助成金交付のため、中央市が支給の決定に関して必要に応じ、個人情報を見直し確認することを承諾します。また、助成の適性を図るために必要な場合には、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診証明の内容を照会することを同意します。			
氏 名(夫)			Ⓜ
氏 名(妻)			Ⓜ

振込先	口座振替	銀行 金庫		本・支店	
	指定金融機関	農協 信組		出張所	
	指定口座	普通 当座	口座番号(左詰)		
フリガナ		-----			
口座名義		-----			

※1 治療費には、文章作成料、入院室料、食事等直接治療に関係のない費用は含まないものとする。

【添付資料】・不妊治療費助成金受診証明書(様式第2号)

- ・医療機関等の不妊治療等に係る領収書及び明細書(院外処方に要した費用も対象となりますが、薬局が発行する領収書等の添付が必要です。)
- ・山梨県等による不妊治療等に係る支援等の受けている場合、その承認通知書等の写し
- ・健康保険証(夫婦それぞれの名前が確認できること)の写し