

豊明市不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

豊明市長 殿

<申請者>

住所

氏名

電話

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

今回の治療について、必要な範囲内で医療機関等へ照会することや、他の自治体からの交付状況について照会があった場合に情報提供することに同意します。また、偽りその他不正な手段等により助成を受けていると判明した場合には、返還の義務があることについても同意します。

記

ふりがな		夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
夫の氏名			
ふりがな		妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
妻の氏名			
(夫婦一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入)	〒 電話		
交付申請額 ※	円	※先進医療に係る保険外診療費用の合計に10分の7を乗じた額（1円未満は切捨てた額）、または5万円の低い方	
1. 今回の治療について、他の自治体で助成を受けたことがありますか。（申請中を含む） <input type="checkbox"/> はい → 自治体名（ ） <input type="checkbox"/> いいえ 2. 本申請により市が入手する個人情報に関し、本助成金の目的の範囲内で使用することを了承しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3. 市が、助成金交付に係る審査のために必要な住民基本台帳等の閲覧及び医療機関への確認をすることを了承しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 4. 今回の治療で妊娠しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店 支店
	口座種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		

【添付書類】

- 1 不妊治療費助成事業受診等証明書
- 2 不妊治療（先進医療）を受けた医療機関発行の領収証（原本証明による写しも可）
- 3 法律上の婚姻をしている夫婦であること等を証明できる書類、または事実婚関係であることを証明できる書類
- 4 住所地を証明する書類
- 5 その他市町村長が必要と認める書類

夫署名

妻署名