

澁川市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

澁川市長 様

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不妊治療費助成金を申請及び請求します。

記

助成金の交付に必要な事項として、市税の納入状況を確認すること、また、住民基本台帳及び戸籍を確認すること。

| | | | |
|-------------------------|-----------------|---|------------------------|
| 申請日 | 年 月 日 | 申請回数 | ： 今年度 回目 (前回申請： 年度) |
| 申請者 | 夫 (署名) | 澁川市に住み始めた日 | 年 月 日 |
| | 妻 (署名) | 澁川市に住み始めた日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 澁川市 | 婚姻年月日 年 月 日 |
| | 電話番号 | | 不妊治療対象児 第 子 |
| 助成対象額 | 円 | 治療に要した負担額の合計 | |
| 助成金申請額 兼請求額 | 円 | 上記の2分の1の額(百円未満は切捨て) 特定不妊治療:上限10万円 その他医師が認めた不妊治療:上限5万円 | |
| 助成金の振込先 (申請者いずれかの口座) | (フリガナ) 口座名義人 | () | |
| | 金融機関名 | 支店名 | |
| | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |

| | |
|------|--|
| 添付書類 | 1 澁川市不妊治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) 2 当該治療費の領収書(原本) 3 医療保険証の写し(夫婦両方のもの) 4 夫婦いずれか一方の住民登録が市外にある場合は、その者の住民票 5 夫婦の世帯が異なり、かつ、本籍地が市外の場合は、婚姻関係を証する戸籍謄本 |
|------|--|

澁川市処理欄

| | | | | |
|------|-------|--------|--------|-------|
| 受理日 | 年 月 日 | 交付決定日 | 年 月 日 | 交付決定額 |
| 受付番号 | | 特定・その他 | 交付・不交付 | 円 |