

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

助成金の台帳及び戸籍簿の納入状況を確認すること、また、住民基本

日付は記入しないで提出ください

申請者本人(夫・妻)の署名が必要です

申請日	年 月 日	申請回数 : 今年度 1 回目 (前回申請: 令和5年度)	
申請者	夫 (署名)	保健太郎 平成〇年 〇月 〇日生	
	妻 (署名)	保健花子 平成〇年 〇月 〇日生	
	住所	〒377-0008 澁川市澁川×××× 婚姻年月日 平成〇年 〇月 〇日	
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 不妊治療対象児 第1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	金額は記入しないでください	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	(ホケン ハナコ 保健花子)	
	金融機関名	〇〇銀行	支店名 〇〇支店
	口座種別	普通・当座	口座番号 ×××××××

住み始めた日が不明な場合は空欄にしてください

金額は記入しないでください

保険証は夫婦両方の写しが必要です

添付書類	<p>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)</p> <p>2 当該治療費の領収書(原本)</p> <p>3 医療保険証の写し(夫婦両方のもの)</p> <p>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</p> <p>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</p>
------	---

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