

記入例

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。

- 1 助成金の申請書、領収書、領収書控え、領収書控えの納入状況
- 2 治療を行った医師の診療内容等を照会すること

日付は記入しないで提出してください

当てはまる治療にレ点し、今年度の申請回数を記入してください

申請者本人(夫・妻)の署名が必要です

住み始めた日が不明な場合は空欄にしてください

申請日	年 月 日	申請回数		
		特定不妊治療	今年度	回目
		一般不妊治療	今年度	回目
申請者	夫(署名)	氏名 保 健 太 朗	澁川市に住	
		平成〇年 〇月 〇日生		
	妻(署名)	氏名 保 健 花 子	澁川市に住	
		平成〇年 〇月 〇日生	平成〇年	〇月 〇日
住所	〒377-0008 澁川市澁川××××			
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	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(一般不妊治療):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	×××××××

金額は記入しないでください

医療保険加入確認書類は夫婦両方のものが必要です

澁川市処理欄

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
受付番号		特定・その他	交付・不交付 円
確認	住所 婚姻 納税 医療保険		