

都留市一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

都留市長 様

都留市一般不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、一般不妊治療費助成金の交付にあたり、市が有する個人情報を調査・閲覧すること及び市が他の地方公共団体、医療機関等に必要な情報を照会することに同意します。

申請者	ふりがな		生年月日	年	月	日生	
	氏名(夫)	㊞					
	ふりがな		生年月日	年	月	日生	
	氏名(妻)	㊞					
	住所	〒	—	電話	—		
	住所 (*)	〒	—	電話	—		
*：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合には記入してください。							
過去の助成実績	有 () 年度 助成を受けた自治体 () 無						
医療保険者による 今回の助成の有無	有 (助成金額 円) 無						
助成金交付申請額	金 円			※申請年度内の治療に要した自己負担額 (同一年度の上限 10 万円)			
振込先	金融機関名		支店名				
	預金種別	普通・当座		口座番号			
	ふりがな						
	口座名義人						
添付書類	1.都留市一般不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号) (院外処方がある場合は、薬局が発行する同証明書とそれぞれ1枚ずつ) 2.不妊治療費(診療・院外処方)の領収書(現本) 3.医療保険の被保険者証の写し(治療している方のもの) 4.戸籍謄本(夫婦が別住所に居住し、婚姻関係が確認できない場合のみ)						

注) 太枠の中をご記入下さい。

◎申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

◎1年度の診療分は、3月から翌年2月までの診療分となります。

都留市処理欄

申請受理日	年 月 日	助成決定日	年 月 日
受付番号		台帳番号	