

都留市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

都留市長 様

都留市特定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、特定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）	印		
	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名（妻）	印		
	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	都留市の助成	無・有	ある場合（過去	回）
	都留市以外の助成	無・有	ある場合（過去	回）
他助成事業申請の有無	有	（今回の助成金額		円）
	無			
医療保険者による今回の助成の有無	有	（今回の助成金額		円）
	無			
助成金交付申請額	金	円	※治療に要した自己負担額を上限（自己負担額が15万円を超える場合には15万円）	
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. 都留市不妊治療費助成事業受診等証明書 （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（診療と院外処方）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とき）			

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。

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	