

不妊治療等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大山崎町長 様

【申請者】

住 所

氏 名

電話番号

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、交付決定された場合には、記載の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。										
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 不育治療等		<input type="checkbox"/> 先進医療等		<input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 顕微授精
交付申請額	円										
受療者本人	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 (〒 -)									
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同一				住民となった日		年 月 日			
	加入医療保険	種別	国保・健保 船員・共済 その他	保険者 番号		区分	本人 ・ 被扶養者				
配偶者	住 所	(受療者と異なる場合のみ記載)									
	氏 名					住民となった日		年 月 日			
過去の助成金 受給の有無	1 有	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 および助成額	自治体		時 期		助成額 (円)				
	2 無			年 月							
振込先 口座	銀行 信用金庫		支 店 出張所			預金 種別		<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座			
	口座番号 (右詰で記入)		口座名義 (カタカナ)								

※振込先口座は、申請者名義の口座をご記入ください。

○ 添付書類

- 医療機関証明書（第2号様式の1または2の該当するもの）
※保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。
- 夫婦関係を証明できる書類：戸籍、住民票 ※下欄に署名された場合を除く、事実婚に関する申立書等

本申請の審査に必要な範囲で公募等の調査をされることに同意します。 署名