

日進市一般不妊治療費助成金申請・請求書

年 月 日

日 進 市 長 あ て

申 請 者  
住 所  
氏 名  
(口座名義人と同一)  
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成金を申請・請求します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名		生年月日			
	夫	( )		年 月 日生 ( 歳)			
	妻	( )		年 月 日生 ( 歳)			
	住所(※1)	〒 -		電話 ( )			
	住所(※2)	〒 -		電話 ( )			
	加入医療保険 (夫)	【種別】日進市国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者					
	加入医療保険 (妻)	【種別】日進市国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者					
振 込 先	金融機関名			銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所		
	預 金 種 別	普通	(ふりがな) 口座名義人	( )			
		当座	(申請者と同一)				
口 座 番 号						(左詰記入)	
申 請 額	金 円			本人負担額の1/2で、2年度上限10万円 1,000円未満切捨て			
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。( ) 年 ( ) 月頃 助成金を受けた自治体は ( 市町村・その他( ) )							
申請受理年月日			(承認・不承認) 決定年月日				
受 給 者 番 号							

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(添付書類) 1. 日進市一般不妊治療費助成事業受診等証明書 (第2号様式)

2. 医療機関発行の領収書

3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類 (戸籍謄本) 又は事実婚関係であることを証明できる書類

4. 住所地を証明する書類 (住民票の写し)