

様式第1号（第5条関係）

養父市一般不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

養父市長 様

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

申請に当たり、本申請の審査に必要な範囲で戸籍、住民票等の確認及び医療機関、調剤薬局又は保険者への問合せを行うことに 同意します。

同意しません。（同意しない場合は、必要書類を添付すること）

| | | | | | | |
|--------------|---------------|--------------|----------|-------------------------|------|------------------|
| 申請者 | 夫 (※1) | (フリガナ) 氏名 | Ⓜ | 年 | 月 | 日生 (歳) |
| | 妻 (※1) | (フリガナ) 氏名 | Ⓜ | 年 | 月 | 日生 (歳) |
| | 住所 (※2) | 〒 (Tel) | | | | |
| | 住所 (※3) | 〒 (Tel) | | | | |
| 申請額 | 医療機関の証明額 | | 円 | 合計金額 円 ※上限50,000円 | | |
| | 院外処方の領収金額 | | 円 | | | |
| 金融機関 コード | | | | 支店 コード | | ※フリガナは必ずご記入ください。 |
| 振込先 金融機関名 | 銀行・農協 信用金庫 | | 本店 支店 | フリガナ 口座名義人 | (※4) | |
| | () | | () | | | |
| 口座番号 | | | | (右詰め) | 普通 | ・ 当座 |
| 申請 受理日 | 年 | 月 | 日 | (承認・不承認) 決定年月日 | 年 | 月 日 助成 決定額 円 |

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦両方の記名押印が必要です。別々の印鑑を使用してください。

※2：夫婦の住所を記入してください。

※3：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。（夫婦の住所が異なる場合とは、市内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。）

※4：口座名義人は申請書のうちのどちらかの個人名義を記入してください。

※5：この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。

(添付書類) 1 養父市一般不妊治療受診等証明書（様式第2号）

2 本人負担額を確認することができる領収書等の写し

3 健康保険証等の写し（ただし、健康保険証の写しの場合は、保険者番号及び被保険者等記号・番号にマスキング(黒で塗りつぶし)したものとする。）

4 (院外処方がある場合のみ) 院外薬局が発行する領収書の写し（レシート不可）