

不妊治療費助成申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

不妊治療費の助成について、次のとおり申請します。

また、助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳等により確認すること及び他の地方公共団体、当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関、申請者が加入している医療保険者等に照会することに同意します。

夫	ふりがな							生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏 名	Ⓜ							
	住 所	〒							
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入							
妻	ふりがな							生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏 名	Ⓜ							
	住 所	〒							
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入							
不妊治療期間		年 月 日 から 年 月 日 まで							
不妊治療費		円 ※実施証明書の領収金額							
申請額		円（千円未満切り捨て、上限 5 万円）							
振 込 先	金融 機関名	銀行 本店 金庫 支店（支所） 農協 出張所							
	預金の 種類	普通	フリガナ	(夫又は妻の名義の口座を記入)					
		当座	口座名義人						
	口座番号							(口座番号は右詰記入)	

※太枠内を御記入ください。氏名を自署で記入した場合は、押印不要です。

担当課記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番 号			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 当市助成歴 <input type="checkbox"/> 給付金				
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円	承認・不承認年月日 年 月 日	