

特定不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

射水市長

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて特定不妊治療費（先進医療）助成金を申請及び請求します。

記

- 1 助成金の交付要件を確認するため、市が申請者の個人情報をご公簿等で確認すること。
- 2 市が申請者の個人情報を公簿等で確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること。

申請者		夫	妻
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	住所	〒 - - ※日中連絡可能な電話番号	〒 - - ※日中連絡可能な電話番号
夫婦のいずれか一方が市内に住所を有していないときはその理由			
特定不妊治療（先進医療）を受けた医療機関名			
今回本人負担額(A)	金 円	①(A)×7/10 ②15万円 ①、②のうち小さい金額が交付請求額となります。	
今回交付請求額 金 円			
添付書類	1 特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書 2 被保険者証、組合員証又は加入者証の写し 3 特定不妊治療費（先進医療）領収書、診療明細書の原本 4 その他（ ）		

振込先	金融機関名	支店等名	預金種別	口座番号					口座名義（カナ）
	銀行 金庫 組合 農協	支店 出張所	1 普通						
	金融機関コード	支店コード	2 当座						