

記載例

様式第1号（第6条関係）

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

申請日を記入
してください。

年 月 日

射水市長

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不育治療費助成金を申請及び請求します。

記

- 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に公簿等で確認すること。
- 市が申請者の個人情報に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。

※太枠内を記入してください。

申請者	氏名	射水 花子			生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日		
	住所	〒×××-×××× 射水市△△△ △△番地 (TEL 090- □□□□ - □□□□)※日中連絡可能な電話番号						
	保険者名称	▼▼▼▼▼健康保険組合						
	限度額適用区分	(△)						
不育治療を受けた医療機関名					ムズムズクリニック			
医療機関での不育症検査または治療に係る自己負担額 (A)		金 105,000 円		左記による不育症検査又は治療に係る院外処方薬局自己負担額 (B)		金 25,000 円		
医療保険給付金等がある場合はその金額 (C)		金 25,000 円		(C)以外に不育治療を受けたことに対する給付金等がある場合はその金額 (D)		金 円		

助成金交付請求額

(A) (B) の合計額から (C) (D) を除いた額

金 **記入しないでください** 円

添付書類

- 不育症治療医療機関等受診証明書(様式第2号)
- 医療機関及び院外処方薬局の発行する領収書及び明細書
- 医療保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者たることを証する書類の写し
- 医療保険給付金等がある場合は、その金額が確認できる書類の写し
- 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)
	いみず	銀行 金庫 組合 協 支店	1 普通	1	2	3	4	5	6	7	イミズ ハナコ
	金融機関コード	支店コード	2 当座								
	○ × ○ ×	◇ ◇ ◇									