

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公簿等で確認すること。
- 2 市が申請者の個人情報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	〒 ー ー (TEL ー ー ー) ※日中連絡可能な電話番号			〒 ー ー (TEL ー ー ー) ※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 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 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					