

潮来市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

潮来市長 様

潮来市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定を受けたときは、当該助成金について請求しますので、指定口座に振り込んでください。また、この申請に係る必要な事項について、住民基本台帳及び税の納付状況等を所管職員が確認することに同意します。

記

		夫	妻
申請者	住所	(住所は夫と異なる場合のみ記載してください)	
	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	電話番号	— — (自宅・夫携帯・妻携帯)	
申請状況	潮来市で 不妊治療費 の助成金を受けるのは初めてですか <input type="checkbox"/> はい、初めてです。 <input type="checkbox"/> いいえ、過去に受けたことがあります。⇒今回の申請は通算()回目 過去に助成を受けた後、出産はしましたか。 <input type="checkbox"/> はい(出産日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ		
助成対象の治療費	合計	円	※ 不妊治療 にかかった保険外診療費用の合計金額 (受診等証明書に記載された金額)
助成金申請(請求)金額	金	円	※上記金額と 100,000円 、いずれか低い方の金額

(振込先口座)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店 出張所
種別・番号	普通・当座		
フリガナ			
口座名義人			

【添付書類】

- 潮来市不妊治療費助成金医療機関受診等証明書（様式第2号）
- 医療機関が発行する治療費の領収書、明細書等の写し
- 口座情報が分かるものの写し（通帳等）
- 申請者の住所、氏名等が確認できるものの写し（マイナンバーカード等）

【以下はかすみ保健福祉センターが記入】

受理年月日： 年 月 日

保険適用治療 **又は** 保険適用治療と併用した先進医療である