

伊達市特定不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

伊達市長

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名・生年月日	住 所 (夫婦の住所が異なる場合はそれぞれ記入)・連絡先					
申請者	印 年 月 日生 (歳)	〒 連絡先 (自宅) (携帯)					
配偶者	印 年 月 日生 (歳)	〒 連絡先 (自宅) (携帯)					
過去における 助成の有無	治療終了日は→ <input type="checkbox"/> R2.12.31 以前 ・ <input type="checkbox"/> R3.1.1 以降 (リセット後)初めて申請した時の治療開始日の年齢は 40 歳→ <input type="checkbox"/> 未満・ <input type="checkbox"/> 以上						
※過去に6回 以上助成を受 けている場合 は、直近の5回 分を記入	決定時期		自治体名		助成金額		
	年 月 日				円		
	年 月 日				円		
	年 月 日				円		
	年 月 日				円		
	年 月 日				円		
同意事項	特定不妊治療費の助成申請にあたり、支給の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供をすること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。 申請者名 印 配偶者名 印						
助成金交付 申請・請求額	治療費支払額 (保険適用外)					円	
	福島県特定不妊治療費助成金額					円	
	助成金交付申請・請求額					円	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(ふりがな) 口座名義人				口座番号	
受給者番号							
申請・請求受理月日			承認	助成金額			
決定月日			非承認	円			

注) 太枠の中を記入してください。自著の場合は押印省略

- (添付書類)
- 1 福島県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書 (写し) ※必須
 - 2 福島県特定不妊治療費助成事業受診等証明書 (写し) ※必須
 - 3 医療機関発行の診療費の領収書、領収金額の明細書等の写し ※必須
 - 4 法律上の婚姻関係にあることが証明できる書類
 - 5 住所が確認できる書類
 - 6 市税等の滞納が無いことを確認できる書類
- ※4～6は同意事項に署名があれば省略可能

通算申請 回数	回	3 / 6
R2.12.31 以前終了		