

大和市特定不妊治療費助成金交付申請書

	(ふりがな) 氏名	生年月日	加入保険者の名称 および 記号・番号
申請者		年 月 日 () 歳	名称 記号 番号
配偶者		年 月 日 () 歳	名称 記号 番号
申請者住所	〒242- 大和市		電話 () *日中連絡可能な電話番号記入
配偶者住所	*申請者と異なる場合のみ記入		電話 () *日中連絡可能な電話番号記入
最初に特定不妊治療を始めたのは、いつですか。 _____ 年 (_____ 年度) _____ 月開始 今回の県の助成を含め、過去に特定不妊治療費の助成(他自治体含む)を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 過去にあり (_____ 年度 に _____ 回 助成した自治体 (神奈川県、 _____)) (_____ 年度 に _____ 回 助成した自治体 (神奈川県、 _____)) (_____ 年度 に _____ 回 助成した自治体 (神奈川県、 _____)) (_____ 年度 に _____ 回 助成した自治体 (神奈川県、 _____)) (_____ 年度 に _____ 回 助成した自治体 (神奈川県、 _____))			
振込先 (申請者名義の口座)	金融機関名	銀行 ・ 農協 金庫 ・ 組合	金融機関番号
	支店名	支店	店番号
	口座番号		種別 普通
	名義人(加)		
大和市長あて _____ 年 月 日 関係書類を添えて、上記のとおり大和市特定不妊治療費の助成を申請します。 申請にあたり、交付決定及び統計に必要な範囲内で、申請者世帯の住民登録記載事項、課税並びに納税状況、妊娠届出、妊婦健診受診等の状況確認、並びにその他交付決定及び統計に必要な情報の確認を必要により医療機関・調剤薬局または保険者への問い合わせを市が行うことに同意します。 申請及び請求者 氏名 _____			

大和市処理欄

- 書類等確認 住基確認 (夫婦ともに大和市に住民票がある)
 住民となった日 (夫: . . . No 妻: . . . No)
 (配偶者が同一世帯でない場合) 戸籍謄本または戸籍抄本
 神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業決定通知書の写し
 神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
 神奈川県に提出した特定不妊治療に要した治療費 (保険外診療) の領収書の写し
 夫婦の健康保険証 (名称・番号・記号の確認)
 通帳カードのコピー (申請者名義・振込先の口座がわかるもの)
 印鑑 (申請書1か所・請求書2か所)
 請求書 (申請者氏名、印鑑が同じか確認)

担当者確認 納税状況の確認 滞納 (無 ・ 有)

申請受理日	年 月 日	来所者:	受付者:
医療費自己負担額合計 (内: 市助成対象医療費合計)	円 (内 円)		
助成金額	円		
決定年月日	年 月 日 (交付・不交付)		

担当	係長	課長