

大和市不妊治療(先進医療)費助成金交付申請書

大和市長あて

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療(先進医療)費の助成を申請します。
 また、助成金支払事務に当たり、申請者世帯の住民登録記載事項および課税状況の確認、大和市における市税等の納税状況の確認、および必要により領収書及び明細書の内容について医療機関・薬局への問い合わせを、市が行うことに同意します。
 申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の全部又は一部の返還に同意します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
申請及び請求者	()	年 月 日(歳)
配偶者	()	年 月 日(歳)
<input type="checkbox"/> 事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む。)		
申請者住所	郵便番号(-) 大和市	電話 ()
配偶者住所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	郵便番号(-)	電話 ()
<input type="checkbox"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。		

大和市処理欄

●書類等確認

- 申請書(申請者は市内在住者か確認)
- 住基確認
 住民となった異動日/番号(夫: . . /No 妻: . . /No)
- (配偶者が別世帯の場合)戸籍謄本または戸籍抄本
- (事実婚の場合)戸籍謄本または戸籍抄本、申立書 ※別世帯の場合は理由を記載
- 大和市不妊治療(先進医療)受診等証明書(第2号様式)
- 領収書
- 診療明細書
- 通帳かカード(申請者名義・振込先の口座がわかるもの)
- 請求書(申請者氏名と同じか確認)
- 夫婦の税の申告確認

●訂正箇所

訂正 確認日	相手方氏名	訂正箇所	対応職員名

●担当者確認

納税確認 (滞納 無・有) 申請上限確認 (胚移植 3回まで・6回まで)

申請受理日	年 月 日	来所者	受付者
医療費合計	円 (内市助成対象 円)		
助成金額	円		
決定年月日	年 月 日 (交付・不交付)		
申請回数	通算 回目(うち胚移植 回目)		

担当	係長	課長