

部分をご記入してください。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

記載例

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・薬局との問い合わせを、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

申請及び請求者名は  
請求書に記載する「請求者名」「口座名義人」と  
すべて同じ名前にしてください

	(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)

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( - )	電話 ( )
	大和市	
配偶者住所	郵便番号( - )	電話 ( )

※申請者と異なる **必ず確認後、チェックしてください**

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)受診申請書(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

記入しないでください

●訂正箇所

訂正確認日	相手方氏名	訂正箇所	対応職員名

記入しないでください

●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