

記入しないでください

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

記載例

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。

なお、当該申請の不妊治療について、他の自治体から助成制度の適用を受けていません。

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、並びまたは健康保険の保険者への問い合わせを、市が行うことに同意します。

申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は

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)		生年月日	加入保険者の名称 および 記号・番号
氏名		年 月 日(歳)	名称 記号 番号
申請及び請求者	()	年 月 日(歳)	名称 記号 番号
配偶者	()	年 月 日(歳)	名称 記号 番号
<input type="checkbox"/> 事実婚の方のみチェックしてください			
<input checked="" 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(-)	電話 ()	
大和市			
配偶者住所	郵便番号(-)	電話 ()	
※申請者と異なる <input checked="" type="checkbox"/> 必ず確認後、チェックしてください			
<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

申請者名 ※申請者は市内在住者か

住基確認

住民となった日/番号(夫: . . . /No

妻: . . . /No)

(配偶者が同一世帯でない場合または事実婚の場合)戸籍謄本または戸籍抄本

(事実婚の場合)申立書 ※別添の場合、理由は記入

大和市不妊治療(先進医療)受診申請書(第2号様式)

領収書のコピー

診療明細書(写しも可)

夫婦の健康保険の資格情報を確認できる書類(名称・番号・記号の確認)(写しも可)

通帳かカードのコピー(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

記入しないでください

担当者確認 納税確認 (滞納 無 ・ 有)

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

担当	係長	課長