

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	大和 花子	昭和60年 4月 30日 (35) 歳	名称〇〇健康保険組合 記号〇〇 番号1234
配偶者	大和 太郎	昭和60年 5月 30日 (35) 歳	名称〇〇健康保険組合 記号〇〇 番号5678
申請者住所	〒242-8601 大和市 鶴間1-31-7		電話 046 (260) 5609 *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。 2020 年 (令和2 年度) 8 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 checked="" type="checkbox"/> 過去にあり (令和2 年度 に 2 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 () 年度 に 回 助成した自治体 () 年度 に 回 助成した自治体 ())			
振込先 (申請者名義の口座)	金融機関名	横浜	銀行 ・ 農協 金庫 ・ 組合
	支店名	大和 支店	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	店番号 1 2 3 種別 普通
	名義人(加)	ヤマト ハナコ	
大和市長あて 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 花子			

申請者名、口座名義、請求者名はすべて同じ名前にして下さい。

請求書と同じ印鑑を使用し、捺印をお願いします。

大和市処理欄

書類等確認 住基確認 (夫婦ともに大和市
住民となった日)
 (配偶者
 神奈川県



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