

記入しないでください

- 1 通算6回まで
- 2 通算3回まで

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、薬局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 checked="" 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 ( )			
配偶者住所	郵便番号( - )	電話 ( )			
※申請者と異なる場合のみ記入					
申請回数	今年度( )回目	過去にこの助成金を 受けたことがあります か。	<input type="checkbox"/> はい	1. 大和市での本事業の助成歴 <input type="checkbox"/> あり⇒通算( )回 <input type="checkbox"/> なし	
	通算( )回目			2. 今回の治療が2人目以降の体外受精または顕微授精 の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 <input type="checkbox"/> はい⇒出生日又は死産日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ	
<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( ) ※夫婦いずれかが市外在住の場合は、申請者は市内在住者

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は事実婚の場合) 簿籍本または戸籍抄本

(事実婚の場合) 申立書 ※別添の場合、理由は記載

大和市不妊治療(先進医療)受診書(証明書(第2号様式))

領収書(押印してコピー)

診療明細書(写しも可)

夫婦の健康保険証(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

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