

部分をご記入してください。

大和市不育症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		年 月 日 ( ) 歳	名称 記号 番号
配偶者		年 月 日 ( ) 歳	名称 記号 番号
申請者住所	〒242- 大和市		電話 ( ) *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

過去に不育症治療費の助成(他自治体含む)を受けたことがありますか。 なし あり

大和市長あて  
関係書類を添えて、上記のとおり大和市不育症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。

年 月 日

申請及び請求者 氏名 \_\_\_\_\_

大和市処理欄

- 書類等確認 住基確認  
 住民となった日(夫: . . . No 妻: . . . No )  
 (配偶者が同一世帯でない場合) 戸籍謄本または戸籍抄本
- 夫婦の税の申告確認  
 (1月1日現在、大和市に住民票がない時) 夫婦の住民税課税(非課税)証明書  
 該当する年度の1月1日に住所があった各市区町村で発行されたもの
- 受診等証明書
- 領収書(押印してコピー)
- 診療明細書
- 夫婦の健康保険証(名称・番号・記号の確認)
- 請求書(申請者氏名と同じか確認)
- 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)

●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 )  
過去の助成 ( 申請 無 ・ 有 ) : ( 年 月 日申請 )  
 ( 年 月 日申請 )  
 ( 年 月 日申請 )

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

担 当	係 長	課 長