

## 大和市一般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		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
過去に大和市一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 ない・ある → 1期の申請 ( 年 月)			
振込先  (申請者名 義の口座)	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	金融機関番号
	支店名	支店	店番号
	口座番号		種別 普通
	名義人(加)		
大和市長あて 年 月 日			
関係書類を添えて、上記のとおり大和市一般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 _____			

大和市処理欄

- 書類等確認  住基確認（夫婦ともに大和市に住民票がある）  
 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  
 大和市一般不妊治療・検査等証明書（第2号様式）  
 領収書・診療明細書（診療内容のわかるもの）（押印してコピー）  
 夫婦の健康保険証（名称・番号・記号の確認）  
 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）  
 高額療養費や付加給付金の決定通知書（ある方のみ）  
 印鑑（申請書1か所・請求書2か所）  
 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）夫婦の所得証明書（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  
 請求書（申請者氏名・印鑑が同じか確認）

- 担当者確認  納税確認（滞納 無・有）  
 過去の助成 無・有（申請時期 I期： 年 月 II期： 年 月）

申請受理日	年 月 日	来所者：	受付け者：
医療費自己負担額合計			円
助成金額（2分の1）			円
決 定 年 月 日		年 月 日	（交付・不交付）

担 当	係 長	課 長