

本宮市不育症治療費等助成申請書兼請求書

年 月 日

本宮市長

(申請者)住所：〒 本宮市 字 _____

氏名： _____ ㊟

次のとおり不育症治療費等助成金（不育症検査費・不育症治療費）を交付されますよう、本宮市不育症治療費等助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

夫氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
		電話番号		
妻氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)	
		電話番号		
住所(夫婦の住所が異なる場合)	〒 _____			
	不育症検査		不育症治療	
検査及び治療期間	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日	
①支払額	円		円	
②県助成金額	円		円	
申請額(治療費は①-②)	円		円	
申請額合計(検査費+治療費)			円	
振込希望 金融機関 口座	金融機関名	本店・支店	口座種別	普通・当座・その他
	口座番号		口座 名義人	(フリガナ)
過去の検査費助成の有無 ※他自治体(県・他市町村)含		無・有→ 本宮市・その他(自治体名： _____) 助成回数： _____ 回		

※申請にあたり、市長が下記について確認、照会することに同意します。

- ・住民登録記載事項や市税の滞納等の状況について関係課等へ確認すること。
- ・県及び他の自治体での不育症検査及び不育症治療費の助成金交付状況について照会すること。
- ・助成の適性を判断するため、不育症検査実施証明書に不明な点がある場合は、医療機関、保険者に照会すること。

申請者(自署) _____

申請者の[夫・妻](自署) _____

様式第 1 号 (第 5 条関係)

(裏 面)

【市記入】

助成承認年月日	年 月 日	年 月 日	確認者
自治体名			
市税等確認者		備 考	