

岩倉市不妊治療先進医療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

<申請者>

住 所

氏 名

電話番号

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。

今回の治療について、必要な範囲内で他の自治体や医療機関等へ照会することや、他の自治体からの交付状況について照会があった場合に情報提供することに同意します。また、偽りその他不正な手段等により助成を受けていると判明した場合には、返還の義務があることについても同意します。

記

ふりがな		夫の	年 月 日		
夫の氏名		生年月日 (年齢)	(歳)		
ふりがな		妻の	年 月 日		
妻の氏名		生年月日 (年齢)	(歳)		
(夫婦等の一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入)		〒	電話番号		
交付申請 (請求) 額 ※	円	※先進医療に係る保険外診療費用の合計に 10分の7を乗じた額(1円未満は切捨てた額) 又は5万円の低い方の額			
1. 今回の治療について、他の自治体で助成を受けたことがありますか。(申請中を含む) ☐ はい → 自治体名 () ☐ いいえ 2. 本申請により市が入手する個人情報に関し、本助成金の目的の範囲内で使用することを了承しますか。 ☐ はい ☐ いいえ 3. 市が、助成金交付に係る審査のために必要な住民基本台帳等の閲覧及び医療機関への確認をすることを了承しますか。 ☐ はい ☐ いいえ 4. 今回の治療で妊娠しましたか。 ☐ はい ☐ いいえ					
振込先	金融機関名		本支店名		
	口座種別		口座番号		
	フリガナ 口座名義人				

【添付書類】

- 不妊治療先進医療費助成事業受診等証明書
- 医療機関が発行した領収書
- 夫婦等の住所を証明する書類
- 夫婦等であることを証明できる書類(事実上婚姻関係と同様の事情にある者にあつては、事実婚関係に関する申立書、治療当事者双方が重婚でないか証明できる書類及び同世帯であるか証明できる書類)
- その他市長が必要と認める書類

署名(夫)

署名(妻)