

三郷市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

三郷市長 あて

年 月 日

次のとおり、三郷市不妊治療費助成金を申請します。

また、助成要件確認のため本市が保有する住民基本台帳や税情報の公簿による確認や他自治体及び医療機関に照会することに同意します。助成金の交付が決定された際は、下記の口座へ振込みをしてください。

申請者	夫	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日 () 歳	
		氏名						
		現住所	〒					
		電話番号	— —			*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
		加入医療保険	記号	番号				
			区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	保険者名				
		高額療養費について	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証を使用		<input type="checkbox"/> 受給なし（高額療養費適用対象外）			
	付加給付等の受給状況等	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 受給なし		<input type="checkbox"/> 加入医療保険において制度なし				
	妻	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日 () 歳	
		氏名						
		現住所	〒					
		電話番号	— —			*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
		加入医療保険	記号	番号				
			区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	保険者名				
高額療養費について		<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証を使用		<input type="checkbox"/> 受給なし（高額療養費適用対象外）				
付加給付等の受給状況等	<input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 受給なし		<input type="checkbox"/> 加入医療保険において制度なし					
助成対象の期間	年 月 日 ~			年 月 日				
申請額	円（千円未満切り捨て）							
三郷市長 あて 請求日： 年 月 日		請求者氏名 _____ (夫又は妻が署名)						
振込先（夫又は妻の名義の口座を記入）								
金融機関名			銀行 金庫 農協	本店 支店（支所） 出張所				
預金の種類	普通 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

※太枠内をご記入ください。請求者の署名がある場合は押印の必要はありません。

	対象年齢		市税		婚姻	受付日	受付者	決定日	振込日
	住所		(県助成初回)		本人確認				