

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

未記入

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。

夫	ふりがな	みさと たろう		生 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日 ( 〇〇 ) 歳	
	氏名	三郷 太郎				
	現住所	〒341-8501 三郷市花和田 648-1				
	電話番号	048 - 930 - 7772		*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	□□□	いずれかにチェック		
		区分	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	保険者名 〇〇〇		
	高額療養費について	<input type="checkbox"/> 受給	<input checked="" 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 checked="" 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	みさと はなこ		生 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日 ( 〇〇 ) 歳	
	氏名	三郷 はなこ				
	現住所	〒341-8501 三郷市花和田 648-1				
	電話番号	048 - 930 - 7772		*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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	保険者名 〇〇〇		
	高額療養費について	<input checked="" 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 checked="" 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	令和4年 5月 1日 ~ 令和4年 10月 1日					
申請額	未記入 円 (千円未満切り捨て)					
三郷市長 あて 請求日:	年	月	日	□座名義人と同じお名前 請求者氏名 三郷 はなこ (夫又は妻が署名)		
未記入						
振込先 (夫又は妻の名義の口座を記入)	金融機関名 〇〇〇 銀行 金庫 農協 〇〇〇 本店 支店 (支所) 出張所					
預金の種類	普通 当座	口座番号	1234567			
フリガナ	みさと はなこ					
口座名義人	三郷 はなこ					

ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、店名または店番(漢数字3ケタ)をご記入のうえ、「口座番号」欄に記号番号をご記入ください。

※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				