

未記入

三郷市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

三郷市長 あて

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	フリガナ	ミサト タロウ		生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 () 歳	
		氏名	三郷 太郎				
		現住所	〒341-8501 三郷市花和田 648-1				
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 *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	□□□□□□□□	加入している保険の名称 〇〇〇〇〇〇保険組合
	区分		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	保険者名 〇〇〇〇〇〇保険組合			
	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 checked="" 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	フリガナ	ミサト ハナコ		生 年 月 日	△△年 △△月 △△日 () 歳	
		氏名	三郷 はなこ				いずれかにチェック
現住所		〒341-8501 三郷市花和田 648-1					
電話番号		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 *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	□□□□□□□□	加入している保険の名称 〇〇〇〇〇〇保険組合	
	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	保険者名 〇〇〇〇〇〇保険組合				
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 checked="" 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	令和8年2月1日 ~ 令和8年4月30日						
申請額	いずれかにチェック		未記入		円 (千円未満切り捨て)		
振込先 (夫又は妻の名義の口座を記入)							
金融機関名	〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 金庫 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 (支所) 出張所				
預金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇				
フリガナ	ミサト ハナコ						
口座名義人	三郷 はなこ						

【添付書類】

- 対象治療に係る領収書(及び診療明細書)
- 三郷市不妊治療実施証明書
- 高額療養費等支給決定通知書の写し又は限度額適用認定証の写し
(マイナ保険証で受診した際は不要)
- 付加給付等の支給がある場合はその支給額がわかる書類

【担当記入】

受付日：
決定日：