

渋川市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

渋川市長 様

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不妊治療費助成金を申請及び請求します。

記

- 1 助成金の交付に必要な事項として、市税の納入状況を閲覧すること、また、住民基本台帳及び戸籍を閲覧すること。
- 2 治療を行った医療機関及び薬局に治療内容等を照会すること。

申請日	年 月 日	申請回数 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 今年度 回目 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 今年度 回目		
申請者	夫 (署名)	氏名	渋川市に住み始めた日	
		年 月 日生	年 月 日	
	妻 (署名)	氏名	渋川市に住み始めた日	
		年 月 日生	年 月 日	
住所	〒 渋川市			
電話番号		不妊治療対象児	第 子	
助成対象額	円	治療に要した負担額の合計		
助成金申請額 兼請求額	円	上記の2分の1の額(百円未満は切捨て) 特定不妊治療:上限10万円 その他医師が認めた不妊治療(一般不妊治療):上限5万円		
助成金の振込先 (申請者いずれかの口座)	(フリガナ) 口座名義人	()		
	金融機関名	支店名		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
添付書類	1 渋川市不妊治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) 2 当該治療費の領収書(原本) 3 医療保険に加入していることが確認できる書類の写し(夫婦両方のもの) 4 夫婦いずれか一方の住民登録が市外にある場合は、その者の住民票 5 夫婦の世帯が異なり、かつ、本籍地が市外の場合は、婚姻関係を証する戸籍謄本			

渋川市処理欄

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号		特定・その他	交付・不交付	円
確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 納税 <input type="checkbox"/> 医療保険			