

蕨市不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

年 月 日

蕨市長 あて

次のとおり、蕨市不妊治療費（先進医療）助成金の交付を申請します。
私たちは、世帯状況、市税の納付状況等の助成要件確認のため、蕨市が保有する住民基本台帳等の公簿等を確認し、又は他の自治体及び医療機関等に照会することに同意します。
また、私たちは、本申請分の不妊治療費（先進医療）助成金について、他の自治体から費用の助成を受けていないことを誓約します。

※太枠内を御記入ください。

申請者	男	ふりがな						生年月日	年 月 日 () 歳			
		氏 名										
		現住所	〒					電話番号	※日中連絡の取れる電話番号			
	女	ふりがな						生年月日	年 月 日 () 歳			
		氏 名										
		現住所	男性と住所が異なる場合に記入 〒					電話番号	※日中連絡の取れる電話番号			
申請回数・助成歴等		7 治療開始時(1回目)の女性の年齢 _____ 歳 イ 今回の交付申請： _____ 回目分 ウ 他の自治体で助成を受けたことがある方のみ：自治体名 _____										
受診等証明書 発行に係る文書料		円…①										
先進医療に要した額		円…② ※受診等証明書に記載の先進医療に要した額										
申請額		円 (1,000円未満切捨て) ※先進医療に要した額 ②×0.7+受診等証明書作成費用 ①＝申請額(1,000円未満切捨て) ただし、上限額の15万円を超えるときは15万円が申請額。										
振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店(支所) 農 協 出張所										
	預金の種類	普通・ 当座	フリガナ	(申請者どちらか一方の名義の口座を記入)								
			口座名義人									
口座番号											(口座番号は右詰記入)	

保健センター記入欄

申請受理年月日	令和 年 月 日
要件確認	□1回目の治療開始時の女性の年齢 □婚姻または事実上の婚姻関係 □住所 他市区市町村での助成の有無 □あり □なし (ありの場合：照会をかけた自治体名 _____ ・助成回数 _____ 回)
添付書類	□受診等証明書 □治療費及び受診等証明書の金額がわかる領収書・明細書原本 □婚姻関係又は事実婚を確認できる書類 □振込口座のわかる通帳等の写し