

様式1号

喜多方市生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

喜多方市長 様

申請者氏名 _____ 印

喜多方市生殖補助医療交通費支援事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

交 付 申 請 額 (男性不妊治療分除く)		円						
交 付 申 請 額 (男性不妊治療分)		円						
交 付 申 請 額 合 計		円						
夫	(ふりがな)				生年月日	年 月 日		
	氏 名					(歳)		
妻	(ふりがな)				生年月日	年 月 日		
	氏 名					(歳)		
住 所		〒 電話 ()						
※夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入		〒 電話 ()						
通 院 し た 医 療 機 関 (男性不妊治療を除く)	医療機関名							
	住 所							
通 院 し た 医 療 機 関 (男性不妊治療分)	医療機関名							
	住 所							
助成金額		円 (記入しないで下さい)						
振込先	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 農協 支店						
	口座の種類	☐ 普通 ☐ 当座						
	口座名義人	(ふりがな)						
	口座番号							

(以下は喜多方市記入欄)

申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			通院1回当たりの助成額	
			通院回数	
算 定 額	費用額 (A)		円	
	他自治体助成額 (B)		円	
	助成対象額 (C)		円	
	助成金額		円	

(注意)

- 1 申請期間は、原則として治療終了日の属する当該年度内です。
- 2 添付書類
 - (1) 通院状況確認書 (様式2号)
 - (2) 医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書
 - (3) 助成金に係る照会等に関する同意書 (様式3号)
 - (4) (事実婚の場合) 事実婚関係にあることを確認できる以下の書類
 - ア 両人の戸籍謄本
 - イ 両人の事実婚関係に関する申立書 (様式4号)
 - (5) 口座振込のための通帳の写し