

記入例

別記様式第1号（第7条関係）

関市長 様

申請日を記入

年 月 日

口座名義の方が自署
(関市内在住者に限る。)

申請者 住 所
(※1) 氏 名
電話番号
FAX番号

関市一般不妊治療費助成申請書

一般不妊治療費の助成を受けたいので、関市一般不妊治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、書面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。(※2)

記

対 象 者			(ふりがな) 氏 名	生年月日
	夫		()	年 月 日生 (歳)
	妻		()	年 月 日生 (歳)
	住所 (※3)		〒 ()	電話番号 () FAX番号 ()
	加入 医療 保険	夫	【種別】市町村 () 也 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	記号・番号の番号を記入
妻		【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	どちらかを○で囲む	
過去の助成実績		無 ・ 有	有る場合、() 年度 助成金を受けた自治体(関市 ・ 市)	
申 請 額		金 円	50,000 円を上限として1年度内に支払った本人負担額の1/2の額。1,000 円未満切捨て (※4)	
一般不妊治療費助成金の交付の決定にあたり、裏面の確認すべき事項について関市が照会・確認することに同意します。				
申請者氏名【自署】		申請者の配偶者【自署】		
ご夫婦それぞれが署名				

< 関市記入欄 >

申請受理年月日	決 定 内 容	承認・不承認
受給者番号	決 定 年 月 日	

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：口座名義人と同一の方が、自署又は記名・押印してください。(関市内在住の方に限ります。)

※2：裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※3：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※4：1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

記入例

別記様式第4号（第8条関係）

日付は未記入
年 月 日

関市長 様

住所

氏名

電話番号

口座名義の方が自署
（関市内在住者に限る。）

記入しないでください

関市一般不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令 第 号により交付決定を受けた一般不妊治療費助成金について、~~関市一般不妊治療費助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、~~次のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 _____ 円

2 振込先

申請者名義の口座を記入

金融機関	銀行 本店 金庫 支店 組合 出張所 農協		
預貯金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

注意事項

振込先は、申請者（請求者）名義の口座とします。