

大垣市特定不妊治療事業補助金交付申請書

年 月 日

大垣市長 様

関係書類を添えて次のとおり、大垣市特定不妊治療事業補助金の交付を申請します。
また、大垣市特定不妊治療事業補助金の交付が決定された場合、その決定額を請求します。

		氏 名	生 年 月 日	支 払 先 (いずれかに○)
申 請 者	夫	Ⓜ	昭和 平成 年 月 日	
	妻	Ⓜ	昭和 平成 年 月 日	
	夫の住所、連絡先	〒 (日中連絡可能な連絡先を記入してください) 電話 ()		
	妻の住所、連絡先	〒 (日中連絡可能な連絡先を記入してください) 電話 ()		
治 療 費 金 円 (A) 添付の証明書の領収金額から入院費、管理(保存)料を 差し引いた額 県 助 成 金 金 円 (B) 岐阜県特定不妊治療費助成金の決定(見込)額 申 請 額 金 円 (A)-(B) ただし、10万円を超える場合は10万円とする。 <u>申請の適正を判断するために、必要な場合は、大垣市以外の自治体に対する申請(助成)に係る情報の 照会・提供及び医療機関に対する治療内容等の照会について、同意します。</u>				
過去の助成の有無等		過去に、大垣市から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。 ・ ない ・ ある ある場合、過去 () 回受けた		
※過去に助成の手続きをおこなったものについて、誠実かつ正確に記入してください。		上記治療費について、岐阜県に特定不妊治療にかかる助成申請の手続きをとりましたか。 ・ 決定済 ・ 申請中 ・ とっていない 理由()		
		過去に、大垣市以外の市町村から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。 (現在申請中のものも含みます。岐阜県、他の都道府県を除く。) ・ ない ・ ある 過去 () 回 自治体名()		
		過去に、岐阜県及び他の都道府県から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。 ・ ない ・ ある 過去 () 回 自治体名()		
振込先	金融機関名	銀行 農協 本店 金庫 組合 支店・出張所		
	預金種別	普通・貯蓄	(ふりがな) 口座名義人(※申請者の支払先)	()
	口座番号			(左詰記入)
	ゆうちょ銀行の場合	記号		
	番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1. 大垣市特定不妊治療事業受診等証明書 (第2号様式)
 又は当該治療費にかかる岐阜県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
 2. 当該治療費にかかる医療機関発行の領収書
 3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
 4. 当該治療費にかかる岐阜県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書又は県助成金の交付を確認できる書類
 5. 所得制限により助成金の交付を受けることができない場合は、夫及び妻の前年の所得の合計がわかる書類
 6. その他市長が必要と認める書類