第１号様式（第６条関係）

　その１

特定不妊治療費助成申請書

年　　月　　日

　二本松市長

申請者（自署又は記名押印）

　関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | （ふりがな）  氏　名 | | | | 生年月日 | | | |
| （年　齢） | | | |
| 夫 | （　　　　　　　　　　　　） | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| （　　　　歳） | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | TEL |
| 妻 | （　　　　　　　　　　　　） | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| （　　　　歳） | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | TEL |
| 婚姻年月日等 | □ 婚姻年月日　（　　　　年　　月　　日　）　　　　　□　事実上の婚姻関係 | | | | | | | |
| 領収書の合計金額(保険適用外治療費) | 円 | | | | | | | |
| 治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 国・県からの助成の有無 | 有（　　　　　　　　　　　　　　円）・無 | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行  金庫 | | | | 本店  支店  出張所 | | |
| 組合 | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | |  | |
| ふりがな |  | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | |

　※１　申請にあたっては、対象者・提出書類等について、裏面のチェックシートでご確認ください。

　※２　添付書類は、裏面の「２　提出書類のチェック」の②以降のものをご用意ください。

ただし、下欄の同意により添付書類を省略（代用）できる場合がありますので、裏面をご確認ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 同意欄 | 二本松市特定不妊治療費助成申請書（本書）の審査に当たり、次について確認、照会することに同意します。（同意できないものは＝で抹消してください。）  （夫）（自署又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　（妻）（自署又は記名押印）  １　私の戸籍の内容  ２　私の住民基本台帳  ３　私の医療機関での治療の内容  ４　私の市税等の納付状況  ５　私の福島県（他都道府県・指定都市・中核市を含む。）助成制度の受給状況 |

下線以下は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受理月日 |  | （承認・不承認）  決定月日 |  | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

（丁）下記のとおり決定する。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 |  | 係長 |  | 係員 |  | 起　案 |
| 年　　月　　日 |
| 助成承認決定額 | | 円 | | | 添付書類確認印 |  |
| 助成承認決定記号番号 | | 号 | | |