

第1号様式（第5条関係）

生殖補助医療交通費助成金交付申請書

年 月 日

二本松市長

二本松市生殖補助医療交通費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請者等

申請者名		生年月日	年	月	日	(歳)
配偶者名		生年月日	年	月	日	(歳)
住 所	〒 電話					
配 偶 者 住 所 ※住所が異なる場合記入	〒 電話					
通院した医療機関（申請者）	医療機関名					
	住 所					
通院した医療機関（配偶者）	医療機関名					
	住 所					

2 申請額

申 請 額 (男性不妊治療分除く。)	基準額	通院回数	申請額
	(円)	× (回)	= (円)
申 請 額 (男性不妊治療分)	基準額	通院回数	申請額
	(円)	× (回)	= (円)
申 請 額 計	円		

3 振込先

振込先口座	金融機関名				銀行 金庫 組合			本店 支店 出張所	
	口 座 番 号	普通・当座							
	(フリガナ) 口座名義人								

4 情報照会等に関する同意

同意欄	生殖補助医療交通費助成金交付申請書（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。）		
	（申請者）自署又は記名押印		（配偶者）自署又は記名押印
	1 私の住民基本台帳	2 私の医療機関での治療の内容	3 私の他の自治体等の助成制度の受給状況

（添付書類）

- 1 通院状況確認書（第2号様式）
- 2 医療機関が発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書の写し
- 3 戸籍謄本
- 4 住民票謄本
- 5 事実上の婚姻関係に関する申立書（第3号様式）（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合に限る。）
- 6 振込先口座が確認できる預金通帳等の写し

※申請者の同意あるものは、4の添付を省略することができます。