

えびの市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）えびの市長

（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

えびの市不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により、添付書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

区 分	夫	妻
ふりがな 氏 名		
生年月日（年齢）	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住 所	〒 _____	〒 _____
電話番号	— —	— —
過去の助成実績	本市で助成を受けた回数（ 回）	
高額療養費制度	あり なし ※該当に○	
助成金申請額	円	
振込先 （申請者名義）	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	預金種別	普通 当座 口座番号
	口座名義 （カタカナ）	

【市記載欄】 以下の欄には記入しないでください。

申請受理年月日	年 月 日	（交付・不交付） 決定年月日	年 月 日
給 付 決 定 額		円	
算 定 額	保険適用費用額 (A)	円	
	高額療養費等 (B)	円	
	助成金対象額 (A - B) (C)	円	
	助成金額 (C × 1 / 2)	円	
審 査	○ (夫) 住民登録1年以上 定住日 (年 月 日)	あり・なし	
	○ (妻) 住民登録1年以上 定住日 (年 月 日)	あり・なし	
	○ 他の市町村からの助成の重複	なし・あり	
	○ 市税 完納・未納 ()		
	○ 国民健康保険税 完納・未納・該当なし		

- （添付書類） 1 えびの市不妊治療受診証明書（様式第2号）
 2 医療機関発行の領収書の写し
 3 同意書（様式第3号）