

中津川市生殖補助医療費助成金申請書兼請求書

年 月 日

中津川市長 様

(申請者) 住 所

氏 名

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり中津川市生殖補助医療費助成を申請します。
 申請の適性を判断するために必要な場合は、中津川市以外の自治体に申請に係る情報の照会・提供・
 及び医療機関に対する治療内容等の紹介について同意します。

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	〒		(電話)									
	住所が異なる場合に記入	〒		(電話)									
過去の助成の有無等		過去に、中津川市以外の自治体から生殖補助医療助成(特定不妊治療費助成)を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含まず) ない ・ ある (ある場合、自治体名 _____、助成時期 _____ 年 _____ 月)											
振 込 先 (ゆうちょ銀行以外)	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										左詰記入
	(ふりがな) 口座名義人	()											
振 込 先 (ゆうちょ銀行)	金融機関名	ゆうちょ 銀行						預金種別			普通 当座		
	店 名 漢数字で記載						口座番号						右詰記入
	(ふりがな) 口座名義人	()											
交 付 申 請 額 請 求 額		金 _____ 円											

【添付書類】

1. 中津川市生殖補助医療費助成金受診等証明書（様式第2号）
2. 領収書及び診療明細書
3. 住所と婚姻状況を証明する書類（必要時）
4. 事実婚関係に関する申立書（必要時）

【備考】この申請書は、助成金の交付決定をした後に助成金交付請求書として取扱い、上記の振込先に助成金を振り込みます。なお、助成金交付請求書として取り扱う場合、交付決定の日をもって提出されたものとみなします。