

北上市長 様

申請者

住 所

氏 名

電 話

北上市特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

交 付 申 請 額		合計		円
		うち男性不妊治療分		円
特定不妊治療費に対する給付の有無※		・なし ・あり（給付を受けるまたは受けた額 円）		
受診者	(ふりがな)	生年月日	S・H 年 月 日生	
	氏 名		( 歳 )	
加入医療保険		【種別】 市国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【区分】 本人・被扶養者		
配偶者	(ふりがな)	生年月日	S・H 年 月 日生	
	氏 名		( 歳 )	
加入医療保険		【種別】 市国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【区分】 本人・被扶養者		
住 所 <small>(申請者と配偶者の住所が異なる場合に配偶者の住所を記入)</small>		〒 ー		
治療した指定医療機関	医療機関名			
	所在地	〒 ー		
		電話番号 ( )		
過去の助成の有無		過去に特定不妊治療にかかる助成を受けたことはありますか。 ・ない ・ある→ ( ) 回 内訳：自治体助成 ( 回 ) 自治体名 ( ) 保険適用 ( 回 ) 上記を受けて出産した場合、以下に御記入ください。 出生年月日 年 月 日 (フリガナ)		
助成金の振込先	口座名義人 <small>(申請者と同一)</small>	(フリガナ)		
	振込先	金融機関名	支店名	口座〔普通(総合)・当座〕番号

※ 特定不妊治療に対する給付とは、当該治療費総額に対する高額療養費や付加給付等のことを意味します。

備考

- ・医療機関発行の領収書及び明細書を添付してください。
- ・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交付します。