

記入例

様式第1号（第7条関係）
吉野川市長

日付は記載しないでください。

年 月 日

吉野川市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

申請（請求）者 住所 吉野川市●町●丁目●番地

建物名●●● ●号室

申請者と口座名義人は
同一氏名をお願いします。

氏名 吉野川 花子

電話番号 090-●●●●-●●●●

印

助成金の交付を受けたいので、吉野川市不妊治療費助成金交付要綱第7条の規定により関係書類を添えて申請します。なお、市が助成金の審査に必要な情報（住民基本台帳、市税の納付状況に関する情報等）を関係機関に確認し、調査することに同意します。

	申請者	配偶者
フリガナ	ヨシガリ ハコ 吉野川 花子	ヨシガリ タロウ 吉野川 太郎
治療期間 「受診証明書」と同一日を記入	S●●年 ●月 ●日（●●歳）	H▲▲年 ▲月 ▲日（▲▲歳）
治療期間	令和●年●月●日～令和●年●月●日	治療開始日の妻の年齢 ●●歳
治療区分	一般不妊治療 ☐ タイミング法 ☒ 人工授精 生殖補助医療 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊の手術	
住 所	〒●●●●-●●●● 吉野川市●町●丁目●番地 建物名●●● ●号室 電話 090-●●●●-●●●●	※異なる場合のみ記入 〒 電話 080-●●●●-●●●●
過去の助成状況	☒ 今回が初めて ☐ () 回目・() 年 月 頃・市町村名()	
加入医療保険	●●共済組合/国民健康保険組合など	●▲会社健康保険組合など
今回申請する不妊治療費に対する、高額療養費や付加給付の有無	高額療養費 ☐ 受給あり ☐ 受給申請中 ☒ 受給なし 付加給付 ☐ 受給あり ☐ 受給申請中 ☒ 受給なし	マイナ保険証/資格確認書に記載されている名称をご記載ください。
申請金額	金	円 金額は記載しないでください。
振込先	金融機関名	支店名
	申請者と口座名義人は 同一氏名をお願いします。	支店コード
		種別
		普通 当座
	口座番号	

※振込先の口座名義人を申請（請求）者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委 任 状	
私は、本件に係る受領を次の者に委任します。	
住所	
氏名	
年 月 日	申請（請求）者氏名 印

口座名義人と申請者が異なる場合は委任状が必要です。