

下野市不妊治療費（人工授精）助成金交付申請書

令和 元年 6月 7日

下野市長 様

関係書類を添えて次のとおり人工授精治療費の助成を申請します。

当該助成金の受領に関し、次の口座の名義人にその権限を委任します。

下野市が実施する住民記録の確認及び市税納付状況の調査について同意します。

申請者氏名		生年月日		住 所	
夫	下野 太郎	昭和・平成 61年11月10日 (32歳)	〒329-0492 下野市笹原26番地 (TEL 0285-32-8905)		
妻	下野 花子	昭和・平成 62年12月20日 (31歳)	〒329-0492 下野市笹原26番地 (TEL 0285-32-8905)		
過去にこの助成を受けましたか。		有 ・ 無	過去 (1) 回受けた		
他自治体や医療保険等からの助成金額		有 ・ 無	円		
振込先	金融機関	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
	下野銀行	小金井支店	普通	777777	シモツケ タロウ
※申請額 円 (100円未満切捨)					
添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本及び本籍・続柄が記載された個人番号記載のない住民票 ※夫婦が同じ世帯の場合は不要 <input type="checkbox"/> 助成金交付決定通知書の写し ※他自治体や医療保険等から給付があるとき <input type="checkbox"/> 夫婦それぞれの医療保険証の写し <input type="checkbox"/> 当該治療に係る領収書の原本 ※原本確認後、希望により返戻します。				

※太線枠内は申請者が記入押印し、二重線枠内は医療機関で記入押印を受けてください。

医療機関証明					
治療方法	配偶者間人工授精				
受診者氏名		生年月日	昭和・平成	年	月 日
受診者氏名		生年月日	昭和・平成	年	月 日
治療期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
治療費	二重線内：医療機関で記入押印を受けてください。 (保険適用外の合計額)				
上記の者は、当該治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、配偶者間人工授精を実施し、これに係る治療費を徴収したことを証明します。					
令和 年 月 日					
医療機関名称及び所在地					
主治医氏名					

住民記録確認	令和 年 月 日	市税納付状況確認	令和 年 月 日
--------	----------	----------	----------