

羽生市不妊治療費 助成金支給申請書

(宛先)

羽生市長

年 月 日

助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。なお、審査のため、市が保有する住民基本台帳等の公簿、収納状況等を確認すること並びに他自治体及び指定医療機関へ照会することに同意します。

申請者	夫	ふりがな				生年月日	年 月 日 () 歳			
		氏名								
	現住所	〒								
	電話番号	【自宅・携帯・その他 ()】			-	-	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
申請者	妻	ふりがな				生年月日	年 月 日 () 歳			
		氏名								
	現住所	〒								
	電話番号	【自宅・携帯・その他 ()】			-	-	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
添付書類	添付したものに <input checked="" type="checkbox"/> 、必要事項記入 <input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 振込希望口座の通帳コピー									
申請額	円 (千円未満切捨て)									
過去の助成	助成金申請状況 (該当に <input checked="" type="checkbox"/> 、必要事項記入)									
	過去の助成	過去にこの助成金を受けたことがありますか。 (他自治体での助成を含みます)	1. 埼玉県での助成歴の有無、回数		() 年度 回 金額: () 円					
			<input type="checkbox"/> あり () 回 <input type="checkbox"/> なし		() 年度 回 金額: () 円					
			2. 羽生市での助成歴の有無、回数		() 年度 回 () 年度 回					
<input type="checkbox"/> あり () 回 <input type="checkbox"/> なし		() 年度 回 () 年度 回								
3. 他の自治体 (市町村、指定都市、中核市) での助成歴の有無、回数		前回申請時		() 年度 自治体名	金額:	() 円				
<input type="checkbox"/> あり () 回 <input type="checkbox"/> なし										

助成金は (夫・妻) 名義の下記口座へ振り込んでください。

振込先	フリカトナ											
	口座名義											
	金融機関名						預金種別	普通 ・ 当座				
	本・支店名	本店・支店					口座番号					

※以下、市記入欄

受給者番号		助成回数	今年度 回目 通算 回目	男性 不妊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 単独	治療開始時妻年齢 歳	<input type="checkbox"/> 早期不妊治療費助成事業に該当 <input type="checkbox"/> 不妊治療費助成事業に該当		
自治体照会	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	過去の助成歴	() 年度 回 () 年度 回	() 年度 回 () 年度 回	() 年度 回 () 年度 回	() 年度 回 () 年度 回	() 年度 回 () 年度 回	() 年度 回 () 年度 回	() 年度 回 () 年度 回	
要件確認	<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 回数 <input type="checkbox"/> 他市町村助成 <input type="checkbox"/> 市税の滞納状況 <input type="checkbox"/> 治療期間中の住民歴									
助成内容	治療費支払額 円	助成対象額 円	支給決定額 円	支給年度 年度	支給決定年月日 年 月 日					