

朝霞市早期不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

朝霞市長 宛

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請します。

また、助成要件、助成額算定のため本市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認や他自治体及び当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関、申請者加入の医療保険者に照会することに同意します。

申請者	夫	フリガナ					生年月日	年	月	日
		氏名						( )	歳	
	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				
妻	妻	フリガナ					生年月日	年	月	日
		氏名						( )	歳	
	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				
不妊治療期間		年 月 日 ~				年 月 日				
申請額		円 (千円未満切り捨て)								
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店(支所) 出張所				
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ							
			口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入)						
口座番号								(口座番号は右詰記入)		

※下記の太枠内もご確認のうえ、御記入ください。

助成対象者の確認	<input type="checkbox"/> 過去に朝霞市及び他の市区町村から不妊治療に関する事業の助成金の交付を受けていないこと。
医療保険からの給付金の確認	<input type="checkbox"/> 夫婦双方の医療保険者に給付金の有無について確認を行った。  高額療養費 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )      付加給付 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )

事務局記入欄

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号			
要件確認	<input type="checkbox"/> 治療開始時妻の年齢	<input type="checkbox"/> 夫婦	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 助成対象者	<input type="checkbox"/> 医療保険からの給付
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日	
		円	円	年 月 日	