様式第１号（第７条関係）

不妊治療費助成金支給申請書

年　　月　　日

加須市長　様

不妊治療費助成金の支給を受けたいので申請します。なお、助成要件確認のため当市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認することや市税等の納付状況等について関係する担当課に照会すること、他市町村での助成回数及び金額を照会することや当該申請に関する特定不妊治療を実施した医療機関に照会することに同意します。

申請者	男	ふりがな 氏名			
		生年月日	年　月　日	電話番号	
		住所	（〒　－　）		
	女	ふりがな 氏名			
		生年月日	年　月　日	電話番号	
		住所	（〒　－　）		
	治療期間		年　月　日 ～　年　月　日		
過去の助成	種類		助成状況（□にレ点を付し、必要事項を記入すること。）		
	市町村不妊治療費助成金		□なし	□あり	（例：3年度　加須市 ） （　年度　）（　年度　） （　年度　）（　年度　） （　年度　）（　年度　）

振込先	フリカﾞナ			
	口座名義			
	金融機関		本・支店	店
	預金種別	普通　・　当座	口座番号	

＊治療費の領収書の写しの他に、確認のため原本をお持ちください。

以下、市記入欄

申請受理年月日	年　月　日				
治療費の総額（A）	医療保険各法からの給付額（B）	一部負担金A－B（C）	助成額（D）（C×1/2又は上限15万円）	年度内に支給した額（E）	今回の支給額（D-E）
円	円	円	円	円	円