

深谷市不妊治療費補助事業申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

次のとおり、標記補助事業における支給を申請します。

また、助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳、納税状況等の確認、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に照会することに同意します。

|        |       |                              |               |                  |   |      |                    |   |   |   |             |
|--------|-------|------------------------------|---------------|------------------|---|------|--------------------|---|---|---|-------------|
| 申請者    | 夫     | ふりがな                         |               |                  |   | 生年月日 | 昭和<br>平成           | 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 |   |   |   |             |
| 妻      | 妻     | ふりがな                         |               |                  |   | 生年月日 | 昭和<br>平成           | 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 |   |   |   |             |
| 不妊治療期間 |       | 年 月 日 ~ 年 月 日                |               |                  |   |      |                    |   |   |   |             |
| 申請額    |       | 円                            |               |                  |   |      |                    |   |   |   |             |
| 振込先    | 金融機関名 | 銀行 本店<br>金庫 支店(支所)<br>農協 出張所 |               |                  |   |      |                    |   |   |   |             |
|        | 預金の種類 | 普通<br>・<br>当座                | フリガナ<br>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) |

※太枠内を御記入ください。(氏名欄は自署であること)

事務局記入欄

|             |  |            |            |                    |  |
|-------------|--|------------|------------|--------------------|--|
| 申請受理<br>年月日 | 年 月 日  | 受給者<br>番号  | —          |                    |  |
| 要件確認        | <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 補助回数( )回目 <input type="checkbox"/> 治療期間 <input type="checkbox"/> 滞納なし<br><input type="checkbox"/> 不妊治療開始時の妻の年齢43歳未満<br><input type="checkbox"/> 高額医療申請に係る書類(マイナポータルによる限度額区分確認:ア・イ・ウ・エ・オ)<br>※添付書類 <input type="checkbox"/> 様式2号 <input type="checkbox"/> 治療に係る領収書 <input type="checkbox"/> 振込口座(写し) <input type="checkbox"/> その他( ) |            |            |                    |  |
| 助成結果        | <input type="checkbox"/> 承認<br><input type="checkbox"/> 不承認  | 補助対象額<br>円 | 支給決定額<br>円 | 承認・不承認年月日<br>年 月 日 |  |