

蒲 郡 市 不 妊 治 療 費 助 成 金 交 付 申 請 書

年 月 日

蒲 郡 市 長 殿

申 請 者
住 所
氏 名
電 話 番 号

⑩

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

対 象 者	(ふりがな) 氏 名 <自署又は記名押印>		個人番号		生年月日	
	夫	()				年 月 日
	妻	()				年 月 日
	住 所	〒 ー 電話 ()				
	加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・政管・組合・日雇・船員・共済・国保組合・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者				
	加入医療保険 (妻)	【種別】 国保・政管・組合・日雇・船員・共済・国保組合・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者				
振 込 先	金融機関名		銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預 金 種 別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ()	
	口 座 番 号		(左詰記入)			
申 請 額		金 円		(本人負担額の1/2で、一年度上限5万円)		
過去に不妊治療費の助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。 () 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は () 市町村 ・ その他 ()						
加入している医療保険から附加給付を受ける予定または過去に受けたことがありますか。 ない ・ ある → 受ける予定がある ・ 過去 円受けた () 年 月頃						
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日		
受 給 者 番 号						

注意事項 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1. 蒲郡市不妊治療費助成事業受診等証明書及び領収書
 2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 3. 住所を証明する書類
 4. 夫及び妻の所得額を証明する書類

◎ 申請の際に、印鑑 (2種類) と健康保険証 (夫婦分) をお持ちください。

