

行田市保険適用外不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

行田市長

夫婦ともに過去に不妊治療費助成金を受給したことはないため、行田市保険適用外不妊治療費助成金の交付を申請します。なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、市税等の確認、他自治体、医療機関、医療保険者等への照会）に係る調査について同意します。

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 ()】 *日中連絡の取れる電話番号 — —		
	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 ()】 *日中連絡の取れる電話番号 — —		
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
申請額		円 (1,000 円未満切捨て)			
添付書類		<input type="checkbox"/> 行田市保険適用外不妊治療実施証明書 <input type="checkbox"/> 保険適用外不妊治療費の領収書及び明細書の原本 <input type="checkbox"/> 住所を確認できる書類（夫婦のいずれかの住民票が本市以外にある場合） <input type="checkbox"/> 夫婦の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（夫婦で住所が異なる場合） <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書（婚姻の届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者であって、夫婦が同一世帯でない場合） <input type="checkbox"/> 夫婦の医療保険証の写し <input type="checkbox"/> 振込希望口座の口座名義及び口座番号が分かるものの写し			

助成金は、次の口座に振り込んでください。（行田市保険適用外不妊治療費助成金の受領権限を次の口座名義の者に委任します。）

口座振込記入欄	金融機関名			支店名			種目		
	銀行			本店			1 普通		
	信用金庫			支店			2 当座		
	農協			支所					
	信用組合			出張所					
	金融機関コード			店舗コード			口座番号		
フリガナ			検収			債権者コード			
口座名義			年 月 日 印						

