

様式第3号（第7条関係）

飛驒市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

飛驒市長 あて

（自署又は記名押印）

申請・請求者氏名

関係書類を添えて下記のとおり飛驒市一般不妊治療費助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付が決定された場合は、当該決定額を請求します。

また、申請の適正を判断するために必要な場合は、申請（助成）に係る他の地方自治体との情報の照会・提供、及び医療機関や加入している健康保険組合等の保険者に対する治療内容等の同事業の実施状況を照会することについて同意します。

記

|                         |                                |              |                                                          |  |  |  |  |
|-------------------------|--------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 診療を受けた者の氏名（ふりがな）        |                                | 生年月日         |                                                          |  |  |  |  |
| 夫の氏名                    | ( )                            | 年 月 日生 ( ) 歳 |                                                          |  |  |  |  |
| 妻の氏名                    | ( )                            | 年 月 日生 ( ) 歳 |                                                          |  |  |  |  |
| 住所（夫婦の住所を記入）            | 〒 飛驒市                          |              | 電話 ( )                                                   |  |  |  |  |
| 住所（配偶者の住所が異なる場合）        | 〒 (夫・妻)                        |              | 電話 ( )                                                   |  |  |  |  |
| 居住意思の確認                 | 引き続き飛驒市に居住しますか                 |              | ・はい ・いいえ（理由： ）                                           |  |  |  |  |
| 申請回数                    | 飛驒市一般不妊治療費助成申請回数 ( 1回目 ・ 2回目 ) |              |                                                          |  |  |  |  |
| 今回の申請に関する他の制度による給付の有無   | 高額療養費                          | 有 ・ 無        | 金額 円                                                     |  |  |  |  |
|                         | 付加給付                           | 有 ・ 無        | 金額 円                                                     |  |  |  |  |
|                         | その他給付（他の自治体等）                  | 有 ・ 無        | 金額 円                                                     |  |  |  |  |
| 申請額・請求額                 | 金 円                            |              | ・対象経費から他の給付額を差し引く。<br>・自己負担額の1/2以内。ただし、5万円を超える場合は5万円とする。 |  |  |  |  |
| 振込先<br>（申請者本人名義の口座に限る。） | 銀行 農協 金庫 組合                    |              | 本店 代理店 支店 出張所                                            |  |  |  |  |
|                         | ふりがな<br>口座名義                   | 口座種別         | 普通 ・ 当座                                                  |  |  |  |  |
|                         |                                | 口座番号         |                                                          |  |  |  |  |

職員記載欄

|         |       |                   |       |
|---------|-------|-------------------|-------|
| 申請受理年月日 | 年 月 日 | (承認・不承認)<br>決定年月日 | 年 月 日 |
|---------|-------|-------------------|-------|