

別 記

第 1 号様式 (第 5 条第 1 項)

浦安市特定不妊治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住所

氏名

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて以下のとおり申請します。

夫	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	氏 名						
	住 所		電話番号				
妻	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	氏 名						
	住 所		電話番号				
医療機関名称 所在地 電話番号							
助成金申請額 _____ 円							
<input type="checkbox"/> 「千葉県特定不妊治療費助成承認決定通知書」の原本 <input type="checkbox"/> 千葉県に提出した「特定不妊治療受診等証明書」の写し (県に千葉県特定不妊治療助成の申請をする前に、ご自身でコピーを取ってください。) <input type="checkbox"/> 「特定不妊治療受診等証明書」の治療期間内の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 診療明細書の原本又は写し <input type="checkbox"/> 振込口座の確認ができる通帳等の写し							
振 込 先	金融機関名				本店・支店名		
	預金種別	普通 ・ 当座			支店コード		
	口座番号						
	ふりがな						
	口座名義人 (申請者と同一)						

必要書類がない場合において市職員が医療機関又は健康福祉センターへ確認することについて
同意します。

署名(申請者)

署名(配偶者)

〈浦安市事務処理欄〉

住基確認	<input type="checkbox"/> 夫	年 月 日～	<input type="checkbox"/> 妻	年 月 日～
領収書合計	円	受付者		
千葉県特定不妊治療費助成金	円	審査日	年 月 日	
浦安市特定不妊治療費助成金	円	審査担当者		
備考				