

第1号様式（第5条第1項）

浦安市不育症検査・治療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

不育症検査・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。

| | | | | | | |
|--|---|---------|------|-------|--------|---|
| 申請者 (振込先 口座 名義人と同じ) | ふりがな | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| 配偶者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| 保険 医療機関 | 所在地 | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| 検査・治療の期間 | 年 月 日 | | ～ | 年 月 日 | | |
| 申請金額 | 円（医療保険適用外のみ） | | | | | |
| <p>助成金の申請に当たり、市職員が、申請者及び配偶者の住所、婚姻関係の有無及び課税状況について市が保有する情報を確認し、並びに不育症検査・治療実施医療機関証明書等の内容を医療機関及び調剤薬局に確認することに同意します。</p> <p>また、適正な助成金の交付のために必要な場合には、市職員が他の地方公共団体に情報の照会及び提供を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">署名（申請者） _____</p> <p style="text-align: right;">署名（配偶者） _____</p> | | | | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 不育症検査・治療実施医療機関証明書（医療機関にて作成） <input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 診療明細書の原本又は写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 振込口座の確認ができる通帳等の写し <input type="checkbox"/> 戸籍謄本（配偶者が同一世帯でない場合、事実婚の場合） <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合） | | | | | |
| 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 | | | | | |

※ 夫婦1組につき通算1回のみです。（令和5年度までに助成を受けた方は対象外です。）