

魚沼市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

魚沼市教育委員会 様

下記のとおり魚沼市不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

| | | | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------|------------|-------------------------|
| 申請者 | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 (歳) | ※年齢は今回の助成申請にかかる治療開始日の年齢 |
| | 住所 | 〒 魚沼市 | 電話番号 | |
| 配偶者 | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 (歳) | ※年齢は今回の助成申請にかかる治療開始日の年齢 |
| | 住所 | 〒 魚沼市 | 電話番号 | |
| 申請回数 | | 回目 | 前回の申請 | 年 月 (回目) |
| 通算回数のリセットの希望の有無 | | 有 (年 月 日の出産等) ・ 無 | | |
| 今回の治療に対し、他の地方公共団体等からの不妊治療費助成の有無 | | 有 (助成額 円) ・ 無 | | |
| 健康保険から支給される高額療養費又は付加給付の有無 | | 有 (高額療養費 円) ・ 無 (付加給付 円) | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協 信組・信金 | 支店名 | 支店 本店 |
| | 口座番号 | 普通 当座 | フリガナ | |
| | | | 口座名義人 | |
| 同意欄 | 不妊治療費助成交付決定のため必要があるときは、魚沼市教育委員会が住民基本台帳等の閲覧並びに保険者又は受診医療機関等へ照会することを承諾します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 魚沼市 (申請者) 氏名</p> | | | |

※以下は記入しないでください

| | | | |
|--------|-------|---------|-------|
| 申請書受理日 | 年 月 日 | 住民となった日 | 年 月 日 |
| 交付決定日 | 年 月 日 | 交付決定額 | 円 |