

見附市不育症医療費助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症医療費の助成を申請します。

年 月 日

(宛先) 見附市長

※太枠内をご記入ください。

申請者 (妻)	(ふりがな) 氏 名	()										
	生 年 月 日	年 月 日生(歳)										
	個 人 番 号											
	住 所	見附市 電話()										
配偶者 (夫)	(ふりがな) 氏 名	()										
	生 年 月 日	年 月 日生(歳)										
	住 所 ※夫婦の住所が異なる 場 合 に 記 入	電話 ()										
不育症医療費助成金の交付のため、申請者及びその配偶者の住民基本台帳等の確認並びに医療機関、調剤薬局又は保険者への問い合わせを、見附市職員が行うことに同意します。 氏 名 夫_____ 妻_____ (夫及び妻が自署もしくは記名押印) 申 請 額 金_____円 (保険外診療は治療合計金額、保険内診療は一部負担金を除いた合計金額の 1/2 で1年度 30 万円まで) ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料その他の直接治療に関わらない費用を除く												
振込先	金融機関名	銀行・金庫 店 農協・信組 所										
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号									
	(ふりがな) 口座名義人	()										

- ※ (1) 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合などです。
(2) 夫婦の住所が異なる場合は、その住所地における申請の有無を見附市が確認します。
(3) 振込先には、申請者名義の金融機関を指定してください。
(4) 添付書類は、次のとおりとします。
① 見附市不育症治療等受診等証明書(別記様式第2号)
② 助成対象の治療に係る医療機関の発行する領収書及び診療報酬明細書の原本
③ 申請者名義の振込先口座が分かる書類(通帳・キャッシュカード等の写し)
④ 申請者のマイナンバーが分かる書類(マイナンバーカード等の写し)
⑤ 申請者の顔写真付きの本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等の写し)
⑥ その他の関係書類(新潟県不育症検査費用助成事業に関する決定通知書等)
※住民基本台帳等の確認ができない場合は、確認できる書類の提出が必要です。

(以下は記入の必要はありません)

申請受理年月日	年 月 日	申請決定年月日	年 月 日	承認・不承認
受給者番号				