

舞鶴市不妊・不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 舞鶴市長

〒 -

住所

申請者 氏名

電話番号

舞鶴市不妊・不育治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類		以下の該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 不妊治療 (<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 不育治療(<input type="checkbox"/> 保険診療分 <input type="checkbox"/> 保険診療外)					
交付申請額		円					
受診者	住所						
	氏名						
	住民となった日			年	月	日	
	加入医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 船員	<input type="checkbox"/> 共済	
	保険者番号			区分	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 被扶養者	
配偶者氏名							
過去の助成金 受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合過去に助成を受けた自治体及び助成額	自治体	時期	助成額(円)		
				年 月 日			
				年 月 日			
振込指定口座	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		
	フリガナ <input type="checkbox"/> 座名義人						
	<input type="checkbox"/> 座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()	口座番号				

備考

- 1 不妊治療(不育治療)に係る医療機関等証明書を添付してください。
- 2 この助成金の一部は、舞鶴市が京都府からの助成金を受け、交付するものです。そのため、京都府に対し、必要な範囲で申請者の個人情報をご報告することがあります。
- 3 保険診療外の不育治療を受けた場合は、領収書を添付してください。
- 4 国、地方公共団体等が実施する他の制度により助成金等の交付を受けるときは、その額が分かるものを添付してください。

《同意欄》

本申請の審査に必要な範囲で、舞鶴市長が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

氏名

印