

様式第1号（第5条関係）

入間市不妊治療費助成事業助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）入間市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

入間市不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、不妊治療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。

夫	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			
	電話番号			
妻	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			
	電話番号			
不妊治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
自己負担額 ①		円		
高額療養費等 ②		円		
申請金額 ①-②		円（千円未満切り捨て。上限10万円）		
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合 店		
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

この申請に当たり、その審査のため必要な範囲で、私の個人情報、市長が公簿等により確認し、及び関係機関に照会することに同意します。

署名 夫 _____ 妻 _____

添付書類

- (1) 不妊治療実施証明書（様式第2号）
- (2) 助成対象不妊治療に係る費用の領収書
- (3) 健康保険の資格を証する書類の写し
- (4) 限度額適用認定証の写し
- (5) 夫婦であることを確認できる書類
- (6) 住所を確認できる書類
- (7) 市税に滞納がないことの確認願（様式第3号）
- (8) 金融機関の口座がわかるものの写し

※ 令和4年4月1日以後保険診療として実施する不妊治療を初めて行い、過去に入間市早期不妊治療費助成事業助成金の交付を受けたことがない夫婦が対象となります。

事務局記載欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番号	
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 市税の滞納の有無		
助成結果	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	助成対象額 円	支給決定額 円
			決定・却下年月日 年 月 日