

別記様式第1号(第7条関係)

近江八幡市特定不妊治療費(先進医療)助成事業 申請書

近江八幡市長 宛

年 月 日

近江八幡市特定不妊治療費(先進医療)助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費(先進医療)の助成金を申請します。

また、本申請の内容について、近江八幡市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、市税の納付状況を確認すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること及び治療状況に関して実施医療機関に照会することについて、同意します。

		申請者	配偶者	備考
申請者及び配偶者の氏名及び住所	フリガナ			事実婚の方は <input checked="" type="checkbox"/>
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	
	電話番号	- -	- -	
	申請者住所	〒 - - 近江八幡市		
	配偶者住所	〒 - -		※申請者と異なる場合のみ
申請状況	① 近江八幡市で先進医療の助成金を受けるのは初めてですか。 <input type="checkbox"/> はい、初めてです。 <input type="checkbox"/> いいえ、過去に受けたことがあります。 ⇒近江八幡市特定不妊治療費(先進医療)助成事業 通算()回 ② 今回の治療分の助成金を、別の自治体等で申請していませんか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
助成対象の金額	1回の治療につき、先進医療部分のみに 合計 _____ 円 ※「受診等証明書」に記載された金額を記入			
申請金額	(↓ 申請者及び配偶者が、必ず自筆署名してください ↓)			
	申請者氏名 _____	配偶者氏名 _____		
	上記治療金額と限度額(5万円)を比較し、金額の低い方 _____ 円			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店・出張所名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座		口座名義 (カタカナ)
	口座番号	右づめで記入してください		

注1) 太線の中を記入してください。

注2) 訂正は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。

ただし、申請金額の訂正はできませんので、注意してください。