

藤沢市不妊治療費（先進医療分）助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤沢市長

藤沢市不妊治療費（先進医療分）助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり助成金を申請・請求します。交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。

口座名義人が申請者（請求者）と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。

なお、助成金の交付に関して次の内容に同意します。

- ・必要な情報について、市長が調査、取得、利用すること
- ・申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金を返還すること

申請者 (請求者)	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名			(歳)
	住所	〒		電話番号
配偶者 (パートナー)	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名			(歳)
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話番号
婚姻の届出	<input type="checkbox"/> あり（法律婚） <input type="checkbox"/> なし（事実婚）			
先進医療に要した費用	円	※受診等証明書（第2号様式）に記載の先進医療にかかった費用		
申請額（請求額）	円	※上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額（1円未満切り捨て）上限50,000円		
確認項目	<input type="checkbox"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。			

【助成金振込先口座】

金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 () () 【店番号】			※夫婦のいずれかの口座を記載してください				
種別	普通	口座名義	カタカナで記載してください	口座番号				
	当座							

【市役所事務処理欄】

提出書類 医療機関受診等証明書 領収書の写し 住民票の写し 戸籍謄本又は戸籍抄本

申請受理年月日	(交付・不交付)決定年月日(請求日)	交付決定額 (請求額)
.	.	<input type="checkbox"/> 申請金額のとおり <input type="checkbox"/> 円
備考		
課名	管理番号	

