第１号様式（第６条関係）　　年　　月　　日

# 藤沢市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

藤沢市長

藤沢市不育症治療費助成事業実施要綱第６条に基づき、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。
・助成金の交付に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。

※治療終了日から６か月以内にご申請ください。

**太枠**　の中をご記入ください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者（請求者） | ふりがな | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | （〒　－　） | 電話番号 | （　） ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください |
| 申請者の配偶者（ﾊﾟｰﾄﾅｰ） | ふりがな | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | （〒　－　）<br>□　申請者と同じ | 電話番号 | （　） ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください |

| | | |
|---|---|---|
| 不育症治療に要した**保険外診療**の治療費 | 円 | 藤沢市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書の「保険外診療自己負担総額」に記載された額 |
| 申請額（請求額） | 円 | 上段「不育症治療に要した保険外診療の治療費」に２分の１を乗じて得た額（千円未満切り捨て） |
| 過去の助成状況 | ・過去に本市の不育症治療費の助成を受けたことがありますか。　□有　□無<br>・「有」の場合のみ：初めて本市の助成を受けた年度（　※分かる範囲で構いません） | |
| 添付書類 | ①藤沢市不育症治療費助成事業医療機関受診等証明書<br>②不育症治療に要した治療費の領収書の写し<br>③公的医療保険の資格が確認できるもの（資格情報のお知らせ、資格確認書の写し等）<br>④続柄が記載された住民票　⑤戸籍謄本（抄本）<br>※④⑤は夫婦それぞれが本市に住民登録があり、法律上の婚姻関係にある場合は省略可 | |

【助成金振込先口座】※申請者（請求者）又は申請者の配偶者（パートナー）のいずれかの口座を記載してください。

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関 | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合<br>（　）【店番号　】 | | | | 本店<br>支店<br>（　） | | | | | | |
| 種別 | 普通<br>当座 | 口座名義人 | カタカナで記載してください | 口座番号 | | | | | | | |

【市役所事務処理欄】

| 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） |
|---|---|---|
| ・　・ | ・　・ | □　申請金額のとおり<br>□　円 |
| 備考 | | |
| 課名 | 管理番号 | |