

様式第1号（第5条関係）

不妊治療等助成金支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

刈谷市長

〒

申請者 住 所.....

氏 名.....

電話番号（.....）.....

下記のとおり申請及び請求をします。

なお、申請に当たり、次のことを承諾します。

- (1) 対象者の住所地に関し、本市が助成事業に必要な範囲で調査すること。
- (2) 不妊治療等に関する助成金の支給状況に関し、本市が助成事業に必要な範囲で他の自治体と情報を共有すること。
- (3) 不妊治療等の実施状況に関し、本市が医療機関、医療保険の保険者等に照会すること。

記

対象者	1	ふりがな			生年月日	昭和	年	月	日
		氏名				平成			
		加入医療保険	保険者名						
			保険者連絡先						
			区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者					
	2	ふりがな			生年月日	昭和	年	月	日
氏名					平成				
加入医療保険		保険者名							
		保険者連絡先							
		区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者						
不妊治療等に要した期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
医療機関名	所在地								
	名称								
自己負担額合計		円		請求金額		円			
振込口座	金融機関名			<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店				
	種 目			コード ()	番号 ()				
	口座名義人 (カタカナで記入)			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	口座番号				

過去にこの助成金又はこれと同趣旨の助成等を受けたことがありますか。

ない ある→1回目 (年 月)・2回目 (年 月)

助成等を受けた市町村 ()