

堺市不妊治療費(先進医療)助成事業申請書

年 月 日

堺市長殿

不妊治療(先進医療)費用の助成を受けたいので、堺市不妊治療費(先進医療)助成事業の実施に関する要綱第8項第2号の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、私は申請するにあたり、次の事項について同意します。

- (1) 堺市が実施医療機関に対して当該治療の内容等の照会等を行うこと。
- (2) 堺市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること。
- (3) 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、

		申請者(夫)		申請者(妻)		備考									
申請者	ふりがな	メイン申請者に ↓		メイン申請者に ↓		事実婚の方は ☒									
	氏名	☐		☐		☐									
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 西暦		昭和 平成 年 月 日 西暦		事実婚の方は両人の戸籍謄本および「事実婚関係に関する申立書(様式第3号)」の提出が必要です。									
	電話番号	- -		- -											
	メイン申請者の住所	〒 堺市 区				※助成が承認された場合はメイン申請者の住所に「堺市不妊治療費(先進医療)助成事業承認決定通知書」を送付します。									
	別居の場合の住所	〒 -		別居しているのは(夫・妻) ※該当する方に○をつけてください		※単身赴任等により夫婦別居の場合のみ記入									
申請状況	①堺市で先進医療の助成を受けるのは初めてですか ☐ はい、初めてです ☐ いいえ、過去に受けたことがあります。 ⇒ ☐ 今回の申請は前回から引き続いて通算()回目 ⇒ ☐ 今回の申請は前回の申請後に妊娠・出産を経て保険適応回数がりセットされたため通算1回目 ②今回の治療分の助成を、別の自治体で申請していますか ☐ いいえ、申請していません ☐ はい、すでに申請済みです。														
助成対象の 治療金額	1回の治療につき先進医療部分のみにかかった治療金額 合計 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 円 ※「受診等証明書」に記載された金額を記入														
申請金額	上記の金額に10分の7(0.7)を乗じた額(千円未満切り捨て)もしくは5万円、いずれか低い方の金額を記入してください。 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 円														
振込先	※上記で記入したメイン申請者(夫もしくは妻)の口座を記入してください。														
	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所									
	預金種別	普通・当座		ふりがな 口座名義人											
	口座番号					(右詰で記入してください。)									