

会津若松市不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書
(不妊治療)

年 月 日

会津若松市長 あて

関係書類を添えて次のとおり会津若松市不妊治療費等助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

		氏名・生年月日		住所・連絡先							
申請者 (請求者)		年 月 日生(歳)		会津若松市 電話：							
申請者の [夫・妻]		年 月 日生(歳)		会津若松市 ・申請者と同じ 電話：							
婚姻関係		☐ 法律上の婚姻関係 ☐ 事実上の婚姻関係									
実施医療機関名		名称： 所在地：									
治療期間		年 月 日 ～		年 月 日		申請回数		回			
申請する治療内容		☐ 保険適用外となる治療 ☐ 保険診療の治療と併用して実施した先進医療 ☐ 回数上限又は年齢上限を超え保険適用外となる治療									
治療費及び助成額(円)		領収書の合計金額		福島県の助成額		付加給付		他の自治体の助成額		会津若松市の助成額	
☐ 保険適用外 となる治療	(女性)	円		円		円		円		円	
	(男性)	円		円		円		円		円	
☐ 保険診療の治療と併用して 実施した先進医療		円		円		円		円		円	
☐ 回数又は年 齢の上限を 超えた治療	(女性)	円		円		円		円		円	
	(男性)	円		円		円		円		円	
合計申請額 (円)										円	
振込先	金融機関名	銀行		本店 支店		預金種別				普通・当座・その他	
	フリガナ 口座名義人					口座番号					

※振込口座は原則、申請者(請求者)の口座です。※長期間利用のない口座を記入しないでください。
※ゆうちょ銀行の場合は、通帳見開き下部にある店名と7桁の口座番号を記載してください
※事情により金融機関の口座をお持ちでない方はお問合せください。

<誓約・同意書>

会津若松市不妊治療費等助成金を申請するにあたり、下記の項目を確認し、☒にチェック『☒』を記入してください。

☐以下についての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- 申請する治療について、福島県以外の他の市町村による同様の補助金を受けていません。
- 本申請書の記載事項に虚偽が発覚した場合は、助成金額を返還します。

裏面も必ずご確認ください

(裏面)

※受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委任状	
私は本件に係る申請・受領を下記の者に委任します。	
住所	_____
氏名	_____ 受診者との関係 ()
年 月 日	受診者氏名 _____

『受取口座を確認できる書類の写し（コピー）』 通帳又はキャッシュカード等のうち1点 ※ 金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かるもの
及び
『申請・請求者本人確認書類の写し（コピー）』 申請・請求者の運転免許証、マイナンバーカード（表面）、パスポート等のうち1点 ※ 氏名、住所、生年月日がわかるもの
貼付欄

【個人情報の取り扱いについて】

記入された個人情報については、不妊治療費等助成金交付申請以外には使用はいたしません。

◎添付書類

◆不妊治療

- ☐ 福島県不妊治療支援事業助成金決定通知書の写し
- ☐ 福島県不妊治療支援事業助成金受診等証明書の写し
- ☐ 戸籍謄本、住民票等の夫婦であることを証明する書類。又は事実婚関係に関する申立書（第4号様式）
- ☐ 住民票等夫婦の住所を証明する書類（戸籍謄本、住民票等）
- ☐ 夫婦いずれも市税等の滞納がないことを確認することができる書類（納税証明書又は非課税証明書等）
- ☐ 口座振込のための通帳の写し

◎職員確認欄

- ☐ 顔写真付き本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証・パスポート等）

<会津若松市記入>

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号			交付 ・ 不交付	円