

舞鶴市不妊・不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 舞鶴市長

〒 -

住所

申請者 氏名

電話番号

舞鶴市不妊・不育治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下の該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 不妊治療(<input type="checkbox"/> 保険診療分 <input type="checkbox"/> 人工授精) <input type="checkbox"/> 不育治療(<input type="checkbox"/> 保険診療分 <input type="checkbox"/> 保険診療外)				
交付申請額	円				
受診者	住所				
	氏名				
	住民となった日	年	月	日	
	加入医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済
	保険者番号		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
配偶者氏名					
過去の助成金受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合過去に助成を受けた自治体及び助成額	自治体	時期	助成額(円)
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
振込指定口座	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	
	フリガナ <input type="checkbox"/> 座名義人				
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()	口座番号		

備考

- 1 不妊治療(不育治療)に係る医療機関等証明書を添付してください。
- 2 この助成金の一部は、舞鶴市が京都府からの助成金を受け、交付するものです。そのため、京都府に対し、必要な範囲で申請者の個人情報をご報告することがあります。
- 3 保険診療外の不育治療を受けた場合は、領収書を添付してください。

《同意欄》

本申請の審査に必要な範囲で、舞鶴市長が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

氏名 _____ (印)