

## 徳島市不育症治療費助成事業申請書

徳島市長 殿

徳島市不育症治療費助成事業の助成金の交付を受けたいので、徳島市不育症治療費助成事業実施要綱(以下「要綱」という。)第6条の規定により、添付書類を添えて下記のとおり申請します。

私は、この申請をするに当たり、要綱第2条各号の全てに該当することを誓約します。助成の適正を図るため、本申請の審査に必要な範囲で申請内容の確認を行うことに同意します。なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

記

※太枠内のみ記入してください。(申請は治療等終了後、6か月以内に限りです。)

## ※申請は、医療保険の適用分に限りませす。

		申請者	配偶者(事実婚を含む)
ふりがな氏名		あわ おど こ 阿波 踊子	あわ みずと 阿波 水都
生年月日(年齢)		昭和 平成 62年5月4日 ( △△歳)	昭和 平成 60年11月20日 ( ○○歳)
電話		○△□-○△□○-△□○△	□○△-□○△□-○△□○
住所		〒 770-8054 徳島市東沖浜4-9	〒 ※申請者と異なる場合のみ記入
加入医療保険		共済	協会けんぽ
高額療養費制度		<input checked="" type="checkbox"/> 加入している保険者から、高額医療費や付加給付をうけていない <input type="checkbox"/> 加入している保険者から、高額医療費や付加給付をうけている	
申請金額		金	円
過去の助成状況		<input checked="" type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> ( )回目・( 年 月頃)・市町村名( )	
振込先	金融機関名	阿波 銀行・金庫・農協	沖浜 本・支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号 1234567
	口座名義人	阿波 踊子	

以下は職員記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 1. 徳島市不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 2. 不育症治療にかかる領収書及び診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 3. 院外処方薬局の発行する領収書(院外処方の場合) <input type="checkbox"/> 4. 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等 <input type="checkbox"/> 5. 戸籍謄本(1回目のみ) <input type="checkbox"/> 6. その他市長が必要と認める書類
------	---