

様式第1号（第6条関係）

天理市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

天理市長

天理市不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

申請日		令和 年 月 日			
申請者	ふりがな 氏名	① 生年月日		昭和 年 (月 日 歳)	平成
	住所	天理市 電話番号 () -			
配偶者	ふりがな 氏名	生年月日		昭和 年 (月 日 歳)	平成
	住所	天理市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。 電話番号 () -			
今までの助成状況		当該年度に天理市以外の市町村で、この不妊治療費の助成を受けていますか？ ・なし ・あり (市町村名：)			
		今まで天理市で不妊治療費の助成を受けたことがありますか？ なし・あり			
		【ある場合】 年 月頃、 年 月頃			
申請額		円			

注意：記入後に訂正が必要な場合、訂正はできませんので新しい用紙への記入が必要となります。審査の結果、申請金額と決定金額が異なる場合があります。

下記（請求額）記入欄は市で記入しますのであけておいてください。

請求額	円			
-----	---	--	--	--

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込先口座	金融機関名	銀行 信金 農協	店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座 ゆうちょ銀行		
	口座番号	通帳記号	通帳番号	
ふりがな				
口座名義人				

【同意欄】

助成要件の審査のための下記の下記の必要事項について天理市長が関係機関に確認することに同意します。

1. 閲覧（住民基本台帳・戸籍・前年度所得・市税の納付状況）
2. 必要時、前住所または転出先住所への助成実績の照会または回答
3. 必要時、高額医療費支給等に関する確認等に関して保険者への照会
4. 必要時、治療状況等について医療機関または調剤薬局等へ照会

必ず、申請者と配偶者の自筆で記名をお願いします。

申請者

配偶者

下記は天理市処理欄ですので記入しないでください。

天理市処理欄	市民年月日	申請者	年 月 日	配偶者	年 月 日
	被保険者等確認			所得確認	
	納税確認			領収書	
	婚姻確認	医療機関証明		確認者	受付者
	承認年月日	令和 年 月 日 承認(決定No) 不承認			
	交付決定額	円			