

様式第1号（第5条関係）

天理市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

天理市長 殿

天理市一般不妊治療費助成事業実施要綱第5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	⑤	生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)	
	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 平成 (歳)	

健康保険組合（共済）名：

健康保険組合（共済）電話番号： () -

高額療養費、一部負担金払戻金や附加給付金（家族療養費附加金等）の還付がありましたか。□はい □いいえ

①保険診療の自己負担額	円
②医療保険の給付等 （高額療養費、附加給付等）	円
③申請額（※1,000円未満切り捨て） （①-②）×1/2（上限5万円）	円

下記の請求額で請求します。

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・市民税の納付状況）
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の照会

申請者

配偶者

必ず、申請者と配偶者の自筆で記名をお願いします。

添付書類（☑をつけ、添付もれがないかご確認ください）	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証など）
	<input type="checkbox"/> 天理市一般不妊治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
	<input type="checkbox"/> 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し（通帳等の写し）
	<input type="checkbox"/> 高額療養費、一部負担金払戻金や家族療養費附加金等が支給されている場合はその金額が分かる通知等

下記は天理市処理欄ですので記入しないでください。

市処理欄	市民年月日	申請者	年 月 日	配偶者	年 月 日	
	医療機関証明	申請回数	回目	妻の年齢	歳	婚姻確認
	承認年月日	令和 年 月 日	承認(決定No)	不承認	納税確認	
	交付決定額	円				