

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		生年月日	昭和 年 月 日	平成 (歳)
	氏名				
配偶者	ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日	平成 (歳)
	氏名				
住所	天理市	電話番号 () -			
		電話番号 () -			
今までの助成状況 (自己負担額の2分の1。 ただし、上限5万円)	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		
①自己負担額		円			
②医療保険の給付等 (高額療養費、付加給付等)		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が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。

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							
	納税確認	申請回数	回目	妻の年齢	歳	通算5年 以内・以上		
	婚姻確認	医療機関証明			領収書			
	承認年月日	令和 年 月 日	承認(決定No)			不承認	確認者	受付者
	交付決定額	円				保険証		