

豊見城市先進医療不妊治療費助成事業申請書兼請求書

豊見城市長 様

申請年月日 年 月 日

豊見城市先進医療不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり先進医療不妊治療費の助成を申請及び請求します。

(フリガナ) 氏 名	申 請 者	() 印	配 偶 者	()
生 年 月 日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話番号			
夫婦の住所が異なる場合※	〒 電話番号			
今回の治療に対する他の市区町村での不妊治療費助成申請の有無			有 () ・ 無	
給付を受けようとする助成金の額			円	

【振込先】 ※申請者本人名義以外の口座の場合は、委任状が必要です。

口座名義人 (カナ)								
銀行口座	金融機関名	支店名	分類	口座番号				
		本店・支店	☐ 普通 ☐ 当座					

必 要 書 類
【第3条第1号に該当する治療の場合】 1 県要綱に基づく決定通知の写し 2 県要綱に基づく先進医療不妊治療に係る先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書の写し 3 当該先進医療不妊治療費に要した費用に係る領収書の写し 4 その他市長が必要と認める書類（委任状等） 【第3条第2号に該当する治療の場合】 1 当該先進医療不妊治療費に要した費用に係る領収書の写し 2 その他市長が必要と認める書類