様式第１号（第５条関係）

和光市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

和光市長　様

和光市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。なお、和光市不妊治療費助成金の交付に必要な範囲で、市が保有する住民基本台帳等の公簿の確認並びに他自治体及び当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関、高額療養費及び附加給付金について健康保険組合又は共済組合等に照会を行うことに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="3">生年月日</td><td rowspan="3">年　　月　　日
（　　）歳
治療開始時の年齢
（　　）歳</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>現住所</td><td>〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">【自宅･携帯･その他(　　)】　　―　　―　　＊日中必ず連絡のとれる電話番号を記入</td></tr>
<tr><td rowspan="4">配偶者（パートナー）</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="3">生年月日</td><td rowspan="3">年　　月　　日
（　　）歳
治療開始時の年齢
（　　）歳</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>現住所</td><td>□申請者に同じ</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">【自宅･携帯･その他(　　)】　　―　　―　　＊日中必ず連絡のとれる電話番号を記入</td></tr>
<tr><td colspan="2">不妊治療期間</td><td colspan="3">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">不妊治療を実施した医療機関</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">男女双方の健康保険組合又は共済組合等からの給付はありますか</td><td>高額療養費　はい　・　いいえ</td><td colspan="2">「はい」の場合　給付額（(A)　　）円
※給付額の分かる書類を添付してください。</td></tr>
<tr><td>附加給付金　はい　・　いいえ</td><td colspan="2">「はい」の場合　給付額（(B)　　）円
※給付額の分かる書類を添付してください。</td></tr>
</table>

世帯合算等の確認事項

①当該医療費のほかに同月に１医療機関で医療費が２１，０００円以上かかった方はいますか？

【同じ健保に加入している家族】　　あり　　なし

【本人】　　あり　　なし

②当該医療費のほかに過去１年間に入院等の高額な医療費がありますか？

【同じ健保に加入している家族】　　あり（　　回）　　なし

【本人】　　あり（　　回）　　なし

<table>
<tr><td colspan="2">過去に同趣旨の助成を受けたことがありますか</td><td colspan="9">はい　・　いいえ</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請額</td><td colspan="9">（不妊治療費－(A)－(B)　又は５万円のいずれか少ない額を記載）

円（千円未満切り捨て）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="9">銀行　　本店
金庫　　支店（支所）
農協　　出張所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">預金の種類</td><td rowspan="2">普通
当座</td><td>フリガナ</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="8">（申請者または配偶者（パートナー）の名義の口座を記入）</td></tr>
<tr><td></td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>（口座番号は右詰記入）</td></tr>
</table>

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

<table>
<tr><td>申請受理
年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>受給者
番　号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>要件確認</td><td colspan="5">□婚姻（事実婚を含む）　□住所　□年齢　□初回
□保険診療（自由診療を含まない）　□給付金</td></tr>
<tr><td>助成結果</td><td>□承認
□不承認</td><td>助成対象額
円</td><td>支給決定額
円</td><td colspan="2">承認・不承認年月日
年　　月　　日</td></tr>
</table>