

厚木市不育症治療費助成金申請書（同意書）兼請求書

(宛 先)  
厚木市長

関係書類を添えて次のとおり、厚木市不育症治療費助成金の申請・請求します。  
交付が決定した助成金は、指定する口座に振り込んでください。  
口座名義人が申請者以外の場合は助成金の受領を口座名義人に委任します。

申請者	(ふりがな)		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
	氏 名	Ⓜ		
	※申請者と口座名義人が異なる場合は押印が必要			
住 所	郵便番号 ( - )		電話 ( )	
配偶者 (パートナー)	(ふりがな)		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
	氏 名			
	住 所	郵便番号 ( - ) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
<input type="checkbox"/> 事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む。)				
不育症の治療に要した費用	円	受診等証明書に記載の治療費の合計		
助成金申請額	円	上段「不育症の治療に要した費用」に10分の5を乗じた金額。(1円未満は切り捨て) 上限300,000円		
同意欄	助成金支払事務に当たり、助成対象者の住民基本台帳、戸籍簿及び市税等の納税状況の確認、必要により領収書及び診療報酬明細書の内容について医療機関、調剤薬局、保険者等への問合せ、助成金の交付状況について他の自治体への照会を行うことに同意します。			
	申請者署名(自筆) :		配偶者(パートナー)署名(自筆) :	
<input type="checkbox"/> 今回申請する不育症治療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。				

【助成金振込先口座】

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店 支所 出張所	店番号	
	預金種別	普通	口座名義人		カタカナで記載してください。	
	口座番号					(左詰め記入)

【厚木市処理欄】

次のとおり決定します。

助成決定額(請求額)	円	
助成決定年月日(請求日)		