

厚木市不妊治療費助成金申請書（同意書）兼請求書

(宛 先)  
厚木市長

郵送で御申請される場合、こども家庭センターの受理日を申請日とします。  
なお、1回の治療が終了した日から起算して6か月を超えた場合、御申請  
できませんので御注意ください。

関係書類を添えて次のとおり、不妊治療費助成金の申請書と併せて、  
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)	あつぎ はなこ		申請者と口座名義人が異なる場合、押印が必要です。		
	氏名	厚木 花子		(年齢)	年 月 日 ( 歳)	
	※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 ( 243 - 0018 )	厚木市 中町 1-4-1 保健福祉センター				
	訂正する場合、間違えた箇所に二重線を引いて書き直し、訂正箇所の近くに赤字で署名をしてください。					
配偶者 (パートナー)	(ふりがな)	あつぎ たろう		生年月日 (年齢)	● 年 ○ 月 ○ 日 ( ○ 歳)	
	氏名	厚木 太郎		厚木 花子		
	住所	郵便番号 ( - )	<input checked="" 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。						
先進医療に要した費用	△△△△					
助成金申請額	□□□□					
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、戸籍簿及び市祝寺の納祝状況の確認、必要により預取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) : 厚木 花子      配偶者 (パートナー) 署名 (自筆) : 厚木 太郎						
<input checked="" type="checkbox"/> 今回申請する先進医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	厚木市役所		銀行	支店	店番号			
	預金種別	普通当座	口座名義人		厚木	支所出張所	1	2	3
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(左詰め記入)	

カタカナで記載してください。  
アツギ ハナコ

【厚木市処理欄】

次のとおり決定します。

助成決定額 (請求額)	記入不要	
助成決定年月日 (請求日)	年	