

岡崎市不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

〒

住所

申請者

氏名

電話 ()

(自署または記名押印)

関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。

なお、補助金を交付する要件を確認するため住民基本台帳を閲覧することや、必要な範囲内で医療機関等へ照会すること、他の自治体から本市の交付状況について照会があった場合に情報提供することに同意します。また、偽りその他不正な手段等により補助を受けていると判明した場合には、返還の義務があることについても同意します。

記

ふりがな		夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
夫の氏名			
ふりがな		妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
妻の氏名			
(夫妻一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入)	〒	電話 ()	
※ 交付申請(請求)額	円	※先進医療に係る保険外診療費用の合計に10分の7を乗じた額、または5万円の低い方(1,000円未満の端数は切り捨て)	
今回の治療について、他の自治体で補助を受けたことがありますか。(申請中を含む) <input type="checkbox"/> はい → 自治体名 () <input type="checkbox"/> いいえ			
口座振替先	金融機関名		支店名
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義人		

- 【添付書類】
- 1 岡崎市不妊治療費補助金交付事業受診等証明書
 - 2 不妊治療(先進医療)を受けた医療機関発行の領収証(原本証明による写しも可)
 - 3 法律上の婚姻をしている夫婦であること等を証明できる書類(公簿による確認が可能な場合は省略可)
事実婚の場合は、事実婚関係であることを証明できる書類
 - 4 住所地を証明する書類(公簿による確認が可能な場合は省略可)
 - 5 申請者名義の口座振替先の金融機関、口座番号等が確認できるもの
 - 6 その他市長が必要と認める書類