

様式第1号(第6条関係)

那珂市不妊治療費(先進医療)助成金交付申請書

年 月 日

那珂市長 様

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請者	住所	那珂市 菅谷3198	
	電話番号	029-270-8071	
		夫	妻
	フリガナ	ナカ タロウ	ナカ ハナコ
	氏名	那珂 太郎 那	那珂 花子 那
	生年月日	H7年 5月 1日	H6年 7月 1日
	年齢	(30)歳	(31)歳
申請状況	①那珂市で先進医療の助成金を受けるのは初めてですか <input type="checkbox"/> はい、初めてです。 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ、過去に受けたことがあります。⇒今回の申請は通算(2)回目 ↳助成を受けた後、出産はしましたか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい(出産日:R6.5.1) <input type="checkbox"/> いいえ		
助成対象の治療金額	※1回の治療につき、先進医療にかかった保険外診療費用の合計金額 (「受診等証明書の太枠内に記載されている金額」) 合計 45,000 円		
助成申請額	※上記金額と75,000円、いずれか低い方の金額を記入してください。 金 45,000 円		

振込口座 申出欄	金融機関名	〇〇〇	銀行 金庫 農協	支店・ 出張所名	〇〇	本店 支店 出張所
	預金種別	普通	・当座	口座番号	12345678	
	(カタカナ) 口座名義	ナカ ハナコ 那珂 花子				

【添付書類】			受理年月日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 那珂市不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書 <input type="checkbox"/> 医療機関の発行する領収書及び診療明細書			決定年月日	年 月 日 (承認・不承認)	
交付決定 決裁欄	課長	課長補佐 (総括)	グループ長	担当	窓口受理者

