

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	
	電話番号		
		夫	妻
	フリガナ		
	氏名	印	印
	生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
	治療開始時年齢	歳	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 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()回目 ↳助成を受けた後、出産はしましたか。 <input type="checkbox"/> はい(出産日:) <input type="checkbox"/> いいえ		
助成対象の治療費	※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 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 円		

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

【添付書類】 <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	受理年月日	年 月 日			
	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