

鴻巣市早期不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）鴻巣市長

鴻巣市早期不妊治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、助成要件確認のため、市が保有する住民基本台帳及び市税の納付状況等の確認並びに他の地方公共団体、当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関及び高額療養費制度の利用状況について医療保険者に照会することに同意します。

申請者	夫	フリガナ				生年月日	年	月	日	
		氏名					( ) 歳			
	現住所	〒								
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】			—	—	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
妻	夫	フリガナ				生年月日	年	月	日	
		氏名					( ) 歳			
	現住所	〒								
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】			—	—	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
不妊治療期間		年			月	日	～	年	月	日
申請額					円					
振込先	金融機関名	銀行			本店					
		金庫			支店（支所）					
		農協			出張所					
預金の種類	普通・当座	フリガナ				(夫又は妻の名義の口座を記入)				
		口座名義人								
口座番号							(口座番号は右詰め記入)			

※令和4年4月1日以後保険診療として実施する不妊治療を初めて行い、過去に鴻巣市早期不妊治療費助成金交付要綱による助成金の交付を受けたことがない夫婦が対象となります。