

来庁日

様式第1号（第15条関係）

名張市特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請書兼請求書

年 月 日

名張市長 宛て

関係資料を添えて、特定不妊治療費（先進医療）の助成を
名張市長が、この申請の審査に当たって、私（下記の夫及び妻）の世帯情報を確認するために、住民票に記載されている情報を利用し、及び私の過去の不妊治療費に係る助成の受給状況について他の自治体へ照会することに同意します。

また、名張市長が私に対する交付決定の情報を他の自治体へ提供することについても同意します。

※治療終了日を含め、60日以内に申請

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日		
夫	(なばり たろう 名張 太郎	〇〇 年 〇 月 〇 日生 (〇〇 歳)		
妻	(なばり はなこ 名張 花子	〇〇 年 〇 月 〇 日生 (〇〇 歳)		
住所 (※1)	〒 518-0492 名張市鴻之台1番町1番地		電話 0595 (63) 6970 携帯 090 (9999) 9999	
住所 (※2)	(夫婦の住所が異なる場合のみ記入)		医療費の70%の金額をご記入ください。 (1円未満切り捨て)	
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称	医療費 A	A×70% B	Bと50,000円のうち 低い方の額
〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日	〇〇〇〇	70,000 円	49,000 円	49,000 円
〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日	〇〇〇〇	100,000 円	70,000 円	50,000 円
〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日	〇〇〇〇	55,555 円	38,888 円	38,888 円
合計				① 137,888 円
申請金額	(①の金額を転記) 137,888 円 (1円未満切り捨て)			
受付年月日			(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			受付者	

(注) 太枠の中を記入してください。

※1：夫の住所を記入する。

※2：夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

助成額

- (添付書類) 1. 特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書(医療機関の証明)
2. 医療機関発行の領収書（原本）
3. その他市長が必要と認める書類

下記日付は記入せず、空けておいてください。

名張市特定不妊治療費（先進医療）助成金請求書

年 月 日

下記の口座名義人と同じ方が請求してください。

請求者 名張 花子 (印)

(下記の口座名義人と同じ方が請求してください。)

交付決定された名張市特定不妊治療費（先進医療）助成金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く。)	支 店	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください。)						
〇× 銀行 金庫 農協	〇× 本店 支店 出張所	〇 普通 当座	0	1	2	3	4	5	6
ゆうちょ銀行	店 番	預金種目	番 号 (右づめでご記入ください。)						
貯金通帳の見開き下に記載 された振込口座の店番・番 号を記入してください。		普通 当座							
(フリガナ)	ナバリ ハナコ								
口座名義人	名張 花子								

口座名義人はご夫婦どちらでも可