

先進医療不妊治療費助成事業申請書兼請求書

うるま市長 様

申請年月日 年 月 日

うるま市先進医療不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり先進医療不妊治療費の助成を申請及び請求します。

(フリガナ) 氏名	申請者	()	配偶者	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号			
夫婦の住所が異なる場合※	〒 電話番号			
今回の治療に対する他の市区町村での不妊治療費助成申請の有無	有 () ・ 無			
給付を受けようとする助成金の額	円			

誓約・同意事項

1. 助成の適正を図るため必要となる場合には、自治体、医療機関等にて把握した情報を照会、提供することに同意します。
2. 今回の治療に対し、他の市区町村において、先進医療不妊治療費助成事業と同様の助成金を受給していないことを誓約します。また必要に応じて、他の市区町村へ受給の有無を確認することに同意します。
3. 申請日において市民税や固定資産税等、うるま市民として納めるべきものを滞納していないことに同意します。
4. 助成金支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や助成金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還します。
5. 申請書兼請求書の不備による振込不能等があり、市が申請・受給権者に連絡・確認等を務めたにもかかわらず、申請者の補正等が行われなかった場合は、申請・受給権者の責めに帰すべき事由により助成ができなかったものとして、当該申請書が取り下げられたものとみなされることに同意します。

私は、上記の誓約・同意事項のすべてについて、同意します。

(申請者) _____

(配偶者) _____

【振込先】 ※申請者本人名義に限る

ゆうちょ銀行を除く金融機関

口座名義人 (カナ)												
銀行口座 (ゆうちょ 銀行除く)	金融機関名	支店名				分類	口座番号					
		本・支店 本・支所 出張所				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
	金融機関コード					支店コード						

ゆうちょ銀行

口座名義人 (カナ)																
ゆうちょ銀行				通帳記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください。)				通帳番号 (左詰めで記入)								
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳見開きの左上、またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。										※						

のりしろ

申請者の本人確認書類

写し貼付け欄

(運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード等)

※顔写真付き身分証明書の場合は1つ、顔写真なしの場合は2つ以上必要です。

※運転免許所裏面に変更後の住所が記載されている場合は、裏面の写しも貼り付けてください。

※マイナンバーカードの場合は、表面の写しを貼り付けてください。

のりしろ

振込先金融機関口座確認書類

写し貼付け欄

(通帳・キャッシュカード等)

※ご記入いただいた口座番号又は通帳番号と添付する写しが一致することをご確認ください。

※ゆうちょ銀行の通帳は見開きのページの写しを添付ください。

(添付書類)

【第3条第1号に該当する治療の場合】

- 1 県要綱に基づく決定通知の写し
- 2 県要綱に基づく先進医療不妊治療に係る先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 3 当該先進医療不妊治療費に要した費用に係る領収書の写し
- 4 その他市長が必要と認める書類

【第3条第2号に該当する治療の場合】

- 1 当該先進医療不妊治療費に要した費用に係る領収書の写し
- 2 その他市長が必要と認める書類

【チェックリスト】

- 記入漏れ・記入誤りがないかご確認ください。
- 申請者の本人確認書類・通帳の写し等が貼り付けられているかご確認ください。
- 申請書の誓約・同意事項への署名・年月日の記載漏れがないかご確認ください。
- 添付書類が全て添付されているかご確認ください。