

年 月 日

武蔵村山市長 殿

武蔵村山市特定不妊治療に係る医療費助成申請書

特定不妊治療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。また、助成決定後は下記の口座に振り込んでください。

なお、この申請に係る審査に際し、住民基本台帳への記録について公簿により確認し、及び特定不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について他自治体や医療機関等へ照会することに同意します。

氏 名		生年月日					
フリガナ		昭和・平成					
申請者	①	年	月	日	(歳)		
フリガナ		昭和・平成					
配偶者		年	月	日	(歳)		
申請者住所	武蔵村山市						電話 ()
配偶者住所 (申請者と異なる場合)							電話 ()
申請額	_____ 円						
振込先金融機関(郵便局を除く。)		区分	口座番号				
銀行・農協 信用金庫		本店 支店	普通 当座	フリガナ			
				口座名義人			

※ 口座は、申請者名義のものに限ります。

- (注) 1 太枠の中を記入してください。
 2 配偶者の住所が異なる場合とは、単身赴任等で申請者と配偶者が異なる場所に住所を有する場合をいいます。
 3 以下の書類を添付してください。
 (1) 都助成の決定通知書の写し
 (2) 都助成の申請の際に提出した特定不妊治療助成事業受診等証明書の写し
 (3) 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書又は医療費の支払を証明する書類の写し
 ※その他書類審査の結果、市長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。