

不妊治療等助成金交付申請書

令和 年 月 日

長岡京市長 様

申請者(受療者)

住 所 長岡京市.....

氏 名

電話番号

不妊治療等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。
 助成の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等の公簿を閲覧し、調査することに同意します。
 記

申請の種類		以下のいずれかにチェックしてください。													
		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療				<input type="checkbox"/> 人工授精				<input type="checkbox"/> 不育治療等					
		<input type="checkbox"/> 先進医療				<input type="checkbox"/> 体外受精				<input type="checkbox"/> 顕微授精				<input type="checkbox"/> 男性不妊治療	
交付申請額												円			
受療者	住民となった日	年 月 日													
	加入医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他												
		保険者番号											区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
配偶者	氏名														
	住民となった日	年 月 日													
過去の助成金 受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 および助成額	自治体	時 期				助成額(円)							
				年 月											
				年 月											
				年 月											
振 込 指 定 <input type="checkbox"/> 座	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫					支店名			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店					
	<input type="checkbox"/> 座種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		口座番号											
	名義カナ														

- 1 該当する□にチェックしてください。
 - 2 不妊治療等医療機関証明書等について、保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書も提出してください。
 - 3 医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等の定めるところにより給付される場合や、他自治体から助成を受けられる場合は、その額を証明する関係書類を合わせて提出してください。(書類の提出に時間を要する場合は、予めご相談ください。)
- 【医療機関証明書等報告内容を京都府へ報告を行うことに関する説明】
 この助成金は、限られた公費予算から支出を行っています。また、京都府からの補助金の交付を受け実施しており、公費の支出を検証するために必要な事項を京都府に対し報告します。なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは遵守します。