

小田原市不妊症治療費(先進医療分)助成金交付申請書

年 月 日

小田原市長

次のとおり、小田原市不妊症治療費(先進医療分)助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	(フリガナ) 氏名	生年月日 (年齢)	年 月 日(歳)
	住所	郵便番号() 電話 ()	
配偶者等	(フリガナ) 氏名	生年月日 (年齢)	年 月 日(歳)
	住所	郵便番号() 電話 ()	

事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む) チェック欄

同意欄	助成申請を行うに当たり、小田原市に対して、次のことに同意します。 (次の各項目を確認いただき、必ず、 <input type="checkbox"/> にチェック(レ)のうえ、申請者・配偶者等欄に署名してください。)		
	先進医療に係る費用の助成について、他の自治体から助成金等の交付を受けておらず、また小田原市が必要に応じて、他の自治体と情報共有することに同意します。	<input type="checkbox"/>	
	小田原市が住民基本台帳及び市税等の納税状況を確認すること、又は必要に応じて、医療機関、調剤薬局、保険者等の関係機関に必要な情報を確認することにそれぞれ同意します。	<input type="checkbox"/>	
	小田原市による助成後において、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には、助成した額を小田原市に返還することに同意します。	<input type="checkbox"/>	
	助成金の振込不能等があった場合であって、職員からの電話及び書面での問合せに対応できず、申請書類の修正が行われなかったために助成の決定日から3か月以内に助成金の支給ができなかったときは、申請を取下げたとみなされることに同意します。	<input type="checkbox"/>	
申請者署名	配偶者等署名		

先進医療にかかった費用 領収書のある先進医療にかかった費用 ※『受診等証明書(第2号様式)』および『明細書』を参照	金	円
助成金額 ※上限50,000円 上段「先進医療にかかった費用」に10分の7を乗じた金額(1,000円未満切捨て)	金	円

※口座名義を申請者以外の方とする場合は、委任状の記入が必要です。

振込先	金融機関・支店	金融機関名	銀行	銀行コード				
		支店名	金庫 農協					
	預金の種類	普通・当座	口座名義人(カタカナ) (夫婦いずれか)	本店	支店コード			
				支店 出張所				
口座番号							(右詰記入)	

【委任状】 私は、本件に係る助成金の受領を次の者に委任します。

受任者 (口座名義人)	氏名	[続柄:]
	住所	
委任者 (申請者氏名)		印