

第1号様式（第6条関係）

三浦市不妊治療（先進医療分）助成申請書兼請求書

年 月 日

三 浦 市 長

三浦市不妊治療（先進医療分）の助成を申請・請求します。

1 申請者・請求者（※）申請者本人が手書きしない場合は、記名捺印してください。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	三浦市 電話 ()		
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	三浦市 電話 ()		
<input type="checkbox"/> 事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。				
先進医療に要した費用		円	受診等証明書に記載の先進医療費用の合計	
請求金額		円	上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額。※ただし上限50,000円	
確認後 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。 <input type="checkbox"/> 助成金支払事務に当たり、三浦市が必要な調査をすることに同意します。 <input type="checkbox"/> 申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の全部又は一部の返還に同意します。			

2. 振込口座（申請・請求者の口座）

金融機関名		本・支店名	本・支店
		店番号	
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

【三浦市処理欄】

三浦市不妊治療（先進医療分）助成事業受診等証明書

領収書・明細書

通帳・カードのコピー

<該当者のみ>

夫婦関係が確認できる書類 ()