

奈良市一般不妊治療費等助成金交付申請書

（宛先）奈良市長

奈良市一般不妊治療費等助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
助成の可否を決定するにあたり、高額療養費の支給について、奈良市が健康保険組合等の保険者へ確認すること、また、助成要件確認のため奈良市が保有する住民基本台帳等の公簿等により確認することに同意します。なお、以下の申請内容に相違はありません。

		申 請 日		令和 年 月 日									
		ふ り が な		生 年 月 日									
		氏 名		個 人 番 号									
申 請 者	夫			年 月 日生（ 歳）									
	妻			年 月 日生（ 歳）									
	住所 （※1）	〒		電話（ ）									
	住所 （※2）	〒		電話（ ）									
委任状 ※個人番号を記入する場合において、夫婦の一方のみ（または代理人）が申請書を提出するときは、夫婦のもう一方（または両方）が、下記の委任状を必ず記入してください。													
本申請について、代理人（住所： ）を私の代理として定め、その権限を委任します。													
委任者の署名													
①自己負担額		円		第2号様式に記載の金額									
②医療保険の給付等		円		高額療養費									
③申請額		円		①－②（上限10万円）									
加入医療保険（夫）		【種別】国保・健保・船員・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者 【保険者名】（ ）【記号番号】（ ）											
加入医療保険（妻）		【種別】国保・健保・船員・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者 【保険者名】（ ）【記号番号】（ ）											
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 金庫 農協	本 店 支 店 出張所	預 金 種 別		<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座							
	（ふりがな） 口座名義人		口 座 番 号										

申請受理年月日		年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日			
④交付済額	円 (年 月より助成開始)		年度分		円				
			年度分		円				
			年度分		円				
			年度分		円				
			年度分		円				
⑤交付決定額		円		受給者番号					

助成する期間は、助成を開始した診療日の属する月から継続する5年間で、助成累計額は、5年間で上限50万円です。
（注）太枠の中をご記入ください。
※1 夫婦の住所を記入してください。 ※2 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。